

Technická univerzita v Liberci

Ekonomická fakulta

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2010

Lenka Mrázková

Technická univerzita v Liberci

Ekonomická fakulta

Studijní program: N 6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: Pojišťovnictví

Reforma českého zdravotnictví

Health Care Reform in the Czech Republic

DP-EF-KPO-2010-22

LENKA MRÁZKOVÁ

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D. - KPO

Konzultant: Ing. Marek Zikmund – Broker Consulting, a.s.

Počet stran 80

17. 4. 2010

## **Prohlášení**

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci, 17. 4. 2010

## **Anotace**

V rámci první kapitoly práce popisuje obecné modely fungování zdravotnických systémů, tedy národní zdravotní službu, povinné veřejné pojištění a soukromé financování, aby pak ve druhé kapitole definovala české zdravotnictví jako systém vycházející ze zákonného pojištění. Hluběji se pak práce zabývá jednak produkty dostupnými na českém trhu v rámci soukromého pojištění, a pak problémy, kterým systém čelí. Tyto problémy lze shrnout jako nízkou úroveň zdraví a jeho ochrany, nevhodnou strukturu a organizaci zdravotní péče, princip solidarity a nepříznivý demografický vývoj. Na základě studia evropských reforem, které jsou obsahem třetí kapitoly, jsou v rámci čtvrté kapitoly uvedeny obecné možnosti pro reformování u nás, tedy opatření v oblasti financování a organizace, opatření regulující poptávku a nabídku a opatření dotýkající se navazujících sektorů. Na uvedený výčet návrhů pak autorka navazuje definováním konkrétních opatření, která sledává vhodnými pro zavedení právě v České republice.

**Klíčová slova:** pojištění, reforma, soukromé pojištění, veřejný systém, zdravotnictví

## **Abstract**

Within the first chapter are described general models of healthcare system functioning, namely the National Health Service, the Obligatory Public Insurance and the Private Financing, to be defined the Czech Health Service as a system outgoing from legal insurance in the second chapter. Deeper are then described partly private insurance products accessible on the Czech market and then problems the system is facing up. This problems is possible to summarize as low level of health and protection of health, unfitting structure and organization of health care, principle of solidarity and unfavourable demographic development. Based on research of European reforms, which are content by the third chapter, are stated common possibilities for reforming in the Czech Republic, so measures in the area of financing and organizing, measures regulating demand and supply and measures concerning consequential segments within the fourth chapter. On the mentioned listing of proposals then author connect with definition of concrete measures which are found suitable for implementation just in the Czech Republic.

**Key words:** insurance, reform, private insurance, public system, health service

## Obsah

Úvod .....	12
<b>1. Modely zdravotnických systémů .....</b>	<b>13</b>
1.1 Národní zdravotní služba .....	13
1.2 Povinné zákonné pojištění.....	14
1.3 Soukromé financování.....	15
<b>2. Systém českého zdravotnictví .....</b>	<b>16</b>
2.1 Veřejný systém .....	17
2.2 Soukromé pojištění .....	19
2.2.1 Historie soukromého zdravotního pojištění .....	19
2.2.2 Produkty soukromého zdravotního pojištění.....	21
2.2.3 Pojistné produkty konkrétních pojišťoven .....	27
2.3 Reformní výzvy .....	41
<b>3. Zahraniční reformy v oblasti zdravotnictví .....</b>	<b>45</b>
3.1 Dánsko.....	45
3.2 Německo .....	46
3.3 Nizozemsko .....	47
3.4 Rakousko .....	48
3.5 Slovensko .....	49
3.6 Švédsko .....	51
3.7 Velká Británie .....	52
3.8 Srovnání České republiky s ostatními zeměmi .....	52
<b>4. Reformy zdravotnictví v České republice.....</b>	<b>57</b>
4.1 Dosavadní reformy.....	57
4.1.1 Transformace socialistického zdravotnictví.....	57
4.1.2 Reformy vedoucí k udržitelnosti systému .....	58
4.1.3 Názor české veřejnosti na reformní opatření.....	62
4.2 Možné změny .....	63
4.2.1 Financování zdravotnického systému .....	64
4.2.2 Organizace zdravotního pojištění.....	66

4.2.3	Regulace poptávky .....	67
4.2.4	Regulace nabídky .....	67
4.2.5	Navazující sektory .....	68
4.2.6	Vlastní návrh reformních opatření .....	69
<b>Závěr</b>	.....	<b>76</b>
<b>Literatura</b>	.....	<b>78</b>

## Seznam zkratk a symbolů

apod.	a podobně
a.s.	akciová společnost
č.	číslo
ČNR	Česká národní rada
ČP	Česká pojišťovna
ČR	Česká republika
DPH	daň z přidané hodnoty
EU	Evropská unie
HDP	hrubý domácí produkt
Kč	koruna česká
např.	například
popř.	popřípadě
pozn.	poznámka
obyvat.	obyvatel
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
Sb.	sbírka zákonů



Sk	slovenská koruna
SR	Slovenská republika
tj.	to jest
tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké
USD	americký dolar
viz	videre licet (lze vidět)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

## Seznam tabulek

Tab. 1. Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví .....	16
Tab. 2. Výše pojistného pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti u pojišťovny Generali a.s. ....	29
Tab. 3. Výše pojistného pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u pojišťovny Generali a.s. ....	30
Tab. 4. Výše pojistného pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti u ING a.s.....	31
Tab. 5. Výše pojistného pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u ING a.s.....	32
Tab. 6. Výše pojistného pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti u ČP Zdraví a.s.	34
Tab. 7. Výše pojistného pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u ČP Zdraví a.s. ...	35
Tab. 8. Výše pojistného pojištění invalidní renty u ČP Zdraví a.s.....	36
Tab. 9. Výše pojistného pojištění denní podpory ve výši regulačního poplatku při pobytu v nemocnici u ČP Zdraví a.s. ....	36
Tab. 10. Srovnání pojistného produktů denních dávek u 3 pojišťoven .....	38
Tab. 11. Srovnání pojistných podmínek produktů denních dávek u 3 pojišťoven .....	39
Tab. 12. Relace tempa růstu výdajů na zdravotnictví a tempa růstu HDP .....	42
Tab. 13. Porovnání počtu akutních lůžek a spotřeby léčiv v zemích Evropy .....	42
Tab. 14. Srovnání věkové struktury v roce 2007 s prognózou pro rok 2050.....	44
Tab. 15. Struktura a výše poplatků ve slovenském systému zdravotnictví .....	50
Tab. 16. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování ve vybraných zemích OECD	53

Tab. 17. Srovnání výdajů na zdravotnictví ve vybraných evropských zemích .....	55
Tab. 18. Srovnání nemocenských dávek v předreformním období se současností .....	61
Tab. 19. Jak jsou českou veřejností přijímány reformní kroky .....	62
Tab. 20. Možné změny v jednotlivých oblastech zdravotnictví.....	64

## **Seznam obrázků**

Obr. 1. Výdaje zdravotních pojišťoven na administrativu .....	55
Obr. 2. Vývoj počtu ukončených případů pracovní neschopnosti a průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti .....	71

## Úvod

Cílem této práce je, na základě analýzy současného stavu a potenciálních hrozeb, navrhnout opatření na restrukturalizaci českého zdravotnictví, a to s přihlédnutím k reformám již implikovaným ve vybraných evropských státech.

První kapitola seznamuje čtenáře se základními modely zdravotnických systémů (jmenovitě s národní zdravotní službou, povinným veřejným pojištěním a soukromým financováním), přičemž nastíněna jsou i pozitiva a negativa jednotlivých modelů.

Následující kapitola se již konkrétně zaměřuje na systém českého zdravotnictví. Veřejná složka, vycházející z modelu povinného veřejného pojištění, je představena pomocí odkazů na legislativu, práce se hlouběji zaměřuje na složku soukromou, která by v souvislosti s reformami měla nabýt na významu. V závěru kapitoly jsou pak představeny problémy současného systému. Na tomto místě je důležité zdůraznit, že ačkoli je v České republice systém zdravotního a nemocenského pojištění oddělen, pro naše účely je vhodné zabývat se oběma pojištěními současně, neboť spolu úzce souvisí a ve většině zemí jsou spojeny. Rovněž komerční pojišťovny ve svých produktech tyto dva pojmy nerozlišují.

Třetí část práce poskytuje přehled o reformách, které již byly zavedeny v některých zemích Evropské unie - jsou zde uvedena opatření jak v systémech založených na financování z veřejného pojištění, tak i příklady změn v rámci daňově financovaných systémů. Současně je zde provedeno srovnání České republiky se zahraničím.

Poslední část práce se zabývá reformním procesem u nás - nejprve představuje reformy transformující socialistické zdravotnictví, následují změny zavedené v roce 2008. Dále čtvrtá kapitola nabízí obecný přehled možných řešení současného, dlouhodobě neudržitelného stavu (opatření v oblasti financování a organizace zdravotnictví, regulace na straně nabídky i poptávky, navazující sektory), aby v závěru autor doporučil konkrétní opatření vhodná pro Českou republiku.

# 1 Modely zdravotnických systémů

Cílem první kapitoly je stručné představení základních modelů zdravotnických systémů včetně zdůraznění jejich pozitiv a negativ. Nejprve je nastíněna národní zdravotní služba fungující například ve Velké Británii, jejímž charakteristickým rysem je daňové financování a univerzálnost v přístupu k péči. Jako další je popsán model zákonného pojištění, který je typický pro Českou republiku a spočívá v povinném odvodu pojistného na zdravotní pojištění. Posledním představovaným modelem je pak soukromé financování uplatňované zejména na území Spojených států amerických.

## 1.1 Národní zdravotní služba

Model Národní zdravotní služby vznikl ve Velké Británii v roce 1948 na základě Beveridgeovy zprávy z roku 1942. V tomto systému je zajištěna zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnosti - zdravotní péče je převážně financována z daní, prostřednictvím státního rozpočtu (z veřejných prostředků je hrazeno více než 90 % výdajů na zdravotní péči). Stát má tak významný vliv na řízení zdravotní péče. Většina specializovaných ambulantních zařízení, laboratoře a specializovaná pracoviště jsou součástí nemocnic (nemocnice jsou většinou součástí národní zdravotní služby, ale existují i soukromá lůžka). Ordinace praktických a odborných lékařů, stomatologů, lékární a velká část sanatorií a zařízení ošetrovatelské péče jsou soukromé. Lékaři v nemocnicích jsou honorováni platem, ostatní lékaři pak paušálem za registrovaného občana nebo za poskytnutý výkon. Tento model existuje v různých modifikacích i v dalších evropských zemích, např. v Dánsku, Norsku, Finsku, Švédsku, Itálii, Řecku, Španělsku či Portugalsku. [6]

Výhody Národní zdravotní služby spočívají v obecné dostupnosti služeb, v dobré návaznosti péče, v přiměřené pozornosti prevenci a v nízkých nákladech systému. Nevýhodami pak jsou nedostatečné prostředky, dlouhé čekací doby a nedostatečná motivace občanů k péči o vlastní zdraví. [6]

Modifikací Národní zdravotní služby je i centralistický model (Semaškův systém), který byl charakteristický pro bývalé socialistické státy. V tomto systému byla veškerá zdravotnická zařízení vlastnictvím státu, zdravotnictví bylo financováno ze státního rozpočtu, bylo centrálně řízeno a zdravotnické služby byly pro obyvatele bezplatné. Zdravotničtí pracovníci byli státními zaměstnanci placenými mzdou. Zdravotnictví bylo považováno za neproduktivní odvětví s nízkou ekonomickou prioritou. [6]

Rovněž u socialistického modelu nacházíme výhody spočívající ve všeobecné dostupnosti péče, v důrazu na prevenci a v návaznosti péče. Značnými nevýhodami však jsou nízká výkonnost systému, chronický nedostatek prostředků, nedostatečný technický rozvoj a téměř žádná motivace občanů pečovat o své zdraví. [6]

## **1.2 Povinné zákonné pojištění**

Model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva má původ v německém zákonodárství z roku 1883 a je označován jako Bismarkovský systém. Lékaři jsou placeni podle vykázaných výkonů, nebo podle počtu registrovaných pacientů nebo paušálem. Nemocnice jsou v převážné míře veřejné nebo soukromé, založené na neziskovém principu. Stát se podílí pouze na legislativním a finančním usměrňování zdravotní péče. [6]

Výhodami tohoto systému jsou vysoká dostupnost základní péče pro všechny, dostatečně pestrá nabídka zdravotnických služeb, vyhovující síť zdravotnických zařízení, vyhovující návaznost péče, podpora péče primární a přiměřenost nákladů. Mezi nedostatky zahrnujeme administrativní těžkopádnost, vysoké provozní náklady pojišťoven a veřejné krytí ztrát systému. [6]

### **1.3 Soukromé financování**

Soukromé financování nachází uplatnění v USA a některých jihoamerických státech. Tento systém vychází z názoru, že péče o zdraví je záležitostí každého jedince - zdravotnické služby jsou chápány jako druh zboží, které podléhá zákonům tržní ekonomiky (pacient vystupuje jako konzument, lékař jako podnikatel, úloha státu je minimální). Stát zajišťuje svými institucemi v nejnutnější míře protiepidemickou péči, kontrolu léků a regulaci např. různých poplatků. Péče je pak financována převážně prostřednictvím soukromého zdravotního pojištění - občané se pojišťují u soukromých pojišťoven individuálně nebo skupinově v zaměstnání (zaměstnancům zčásti přispívá na pojištění zaměstnavatel). Většina zdravotnických zařízení v tomto systému má komerční charakter, přičemž existují i jiná nezisková a charitativní zařízení (výjimečně i státní nemocnice), které poskytují základní zdravotní péči nepojištěným a nemajetným občanům. [6]

Mezi výhody tohoto systému patří velký výběr kvalitních služeb, podpora rozvoje medicínských technologií a podpora soutěživosti mezi zdravotnickými zařízeními. Nedostatky tohoto systému jsou nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné, vysoké náklady na administrativu, vysoké ceny péče a v neposlední řadě pak nedostatečná prevence a nedostatečná návaznost péče. [6]

## 2 Systém českého zdravotnictví

České zdravotnictví je postaveno na dvou pilířích - veřejném a soukromém zdravotním pojištění. Základní rozdíl těchto dvou pojištění je v dobrovolnosti uzavření. Zatímco zákonné zdravotní pojištění musí odvádět jednotlivým zdravotním pojišťovnám každý zákonem stanovený plátce, u komerčního pojištění záleží na volbě občana, zda-li si jej uzavře.

V České republice má zatím dominantní roli složka veřejná (jak názorně prezentuje následující tabulka), avšak v této kapitole je věnována pozornost zejména soukromému pojištění, jakožto potenciálnímu prostoru pro zdravotní reformu. Veřejný systém je popsán prostřednictvím zákonů, na něž se touto cestou odkazuje, v případě soukromého pojištění je provedena podrobná analýza českého trhu.

Tab. 1. Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)

<i>Položky výdajů</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008<sup>1</sup></i>
<i>Veřejné výdaje, z toho:</i>	87,5	86,9	85,4	83,4
rozpočtové výdaje resortů a územních orgánů	9,7	10,1	9,5	7,0
zdravotní pojišťovny	77,8	76,8	75,9	76,4
<i>Soukromé výdaje</i>	12,5	13,1	14,6	16,6
<i>Výdaje celkem</i>	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: ÚZIS ČR [online]. [cit.2010-04-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>

---

<sup>1</sup> předběžné údaje



## 2.1 Veřejný systém

Systém zdravotnictví v České republice je založen na všeobecném zdravotním pojištění Bismarkovského typu, které je povinné a založené na solidaritě. Povinnost být zdravotně pojištěn a z ní vyplývající právo na bezplatnou zdravotní péči je stanovena zákonem. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (*zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění*, respektive *zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*) vymezuje působnost zdravotních pojišťoven a hrazenou péči, *zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* pak stanovuje výši pojistného. Pojišťovnu, prostřednictvím níž je základní zdravotní péče ze zákonného zdravotního pojištění hrazena, si může občan svobodně zvolit. V českém systému zdravotnictví působilo k 1. 1. 2010 9 zdravotních pojišťoven, které registrují přes 10 milionů pojištěnců. Největší z nich, Všeobecná zdravotní pojišťovna, jich registruje přes 6,5 milionů. Působnost zdravotních pojišťoven je legislativně ukotvena v *zákonu ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně* a *zákonu ČNR č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*. [11] [23]

Nejvyšším zákonem, který zakotvuje nárok na zdravotní péči je *Listina základních práv a svobod* (ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.), konkrétně se jedná o článek 31, který zní: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“<sup>2</sup>

Typickým rysem většiny systémů zdravotního pojištění je solidarita. Solidaritu zdravotních systémů nacházíme jednak v oblasti krytí rizik (účast na systému bývá povinná a systém funguje jako univerzální), dále pak v oblasti financování (příspěvky do systému se odvíjejí od výše příjmu, nejsou závislé na faktoru rizika a jsou přerozdělovány) a konečně pak v samotném poskytování péče (v přístupu k péči je zaručena rovnost a spotřeba péče se odvíjí od pacientovy potřeby). Česká republika je k ní zavázána i několika dokumenty,

---

<sup>2</sup> ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., *Listina základních práv a svobod*

z nichž uvedme *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* z roku 1966, *Evropskou sociální chartu* z roku 1961 (v ČR byla ratifikována až roku 1999), *Lublaňskou chartu* z roku 1996 a *Světovou deklaraci lidských práv* z roku 1948. [11]

Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění jsou tvořeny příspěvky zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ a státu a jejich výše závisí na ekonomickém, demografickém a sociálním vývoji (hlavními determinantami jsou míra zaměstnanosti, demografická struktura obyvatel, výše mezd, výše vyměřovacích základů OSVČ, výše platby za státní pojištěnce a v neposlední řadě také platební morálka). Metodika výpočtu pojistného, okruh pojištěnců apod. jsou zakotveny ve výše uvedených zákonech. [11]

Jak již bylo dříve uvedeno, tato práce se v rozsahu k tomu nutném zabývá i nemocenským pojištěním. To je vymezeno v *zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*, respektive v *zákoně č. 189/2006 Sb.*, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o nemocenském pojištění. [11]

Mezi účastníky nemocenského pojištění patří zaměstnanci a OSVČ, které se k platbě pojistného na nemocenské pojištění přihlašují dobrovolně. Zaměstnanci mají díky nemocenskému pojištění nárok na nemocenské, podporu při ošetřování člena rodiny, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství a peněžitou pomoc v mateřství. OSVČ z nemocenského pojištění plyne nárok pouze na nemocenskou a peněžitou pomoc v mateřství. [11]

## **2.2 Soukromé pojištění**

Soukromé zdravotní pojištění, někdy nazývané rovněž jako pojištění komerční, je dobrovolné a sjednává se nad rámec veřejného pojištění. Klient poté obdrží plnění nejen od státu, ale i od komerční pojišťovny.

Mezi výhody tohoto pojištění bezesporu patří pokrytí ušlého zisku v případě pracovní neschopnosti, nadstandardní péče při pobytu v nemocnici a možnost uplatnění bonusů za bezeškový průběh.

Nevýhodou pojištění může být naopak fakt, že riziko ztráty příjmu kryje i státní nemocenské pojištění, o náhradu škody musí klient zažádat a pojišťovny zpravidla uplatňují čekací doby. V rámci soukromého zdravotního pojištění rovněž nedochází k tvorbě rezerv, pojišťovna veškeré platby pojistného použije na pokrytí rizika.

### **2.2.1 Historie soukromého zdravotního pojištění**

Při popisování vývoje na poli soukromého zdravotního pojištění nelze zcela oddělit tyto produkty (mající za účel hradit náklady na léčbu) od produktů soukromého pojištění nemocenského (poskytující různé dávky, např. za den pracovní neschopnosti), neboť nejen v současné praxi, ale i historicky, jsou tyto produkty značně propojeny.

Již v řecké a římské antice nacházíme počátky soukromého zdravotního pojištění, pro které bylo charakteristické zabezpečení v rámci profesionálních organizací či náboženských spolků. S těmito formami zabezpečení se setkáváme i ve středověku, avšak v dalším období středověku převzaly zabezpečení v nemoci cechy a bratrstva. Pojistná ochrana spočívala v bezplatném poskytování léčebné péče a případně i nemocenského. [12]

Se zánikem cechovní pojistné ochrany význam zabezpečení v nemoci upadl, v době merkantilismu a liberalismu toto zabezpečení nemělo ani váhu odpovídající významu následků onemocnění pro příjmy a výdaje rodin (většina potřebných byla odkázána na chudinskou péči). Výrazně liberální politika se udržela až do doby vzniku sociálního nemocenského pojištění. [12]

Moderní soukromé nemocenské pojištění vzniká začátkem 20. století. Jeho úloha je silně závislá na úrovni a dynamice sociálního nemocenského pojištění v jednotlivých zemích (v několika vyspělých zemích má z tohoto důvodu i dnes minimální význam). Rovněž ve struktuře soukromého nemocenského pojištění se promítají odlišnosti v úrovni sociálního nemocenského pojištění v jednotlivých zemích (např. v Německu došlo k rozvoji soukromého nemocenského pojištění po roce 1924, když se pojišťovny zaměřily na krytí výdajů na léčení; do té doby bylo těžiště v poskytování denního odškodného/nemocenského). [12]

Soukromé nemocenské pojištění může obecně poskytovat celou řadu druhů pojistných plnění, spjatých tak či onak s nemocemi a s pojistnými potřebami z nich vyplývajících. Pojistnou událostí není nemoc či úraz jako takový, ale jejich následky. Pokud jde o zdravotní péči, spočívá pojistná událost ve vzniku a trvání z lékařského hlediska nezbytné péče o pojištěného. V případě výpadku příjmů spočívá pojistná událost ve vzniku a trvání pracovní neschopnosti. Za pojistné události se přitom může považovat i těhotenství a porod. [12]

Poněkud specifický vývoj mělo pojištění vážných nemocí, které vzniklo teprve v roce 1983 v Jihoafrické republice a rozšířilo se odtud do celého světa - jednou z prvních zemí, která toto pojištění převzala, byla Austrálie (pojištění vážných nemocí zde bylo představeno roku 1986). V roce 1992 se již v Austrálii naplno rozběhl konkurenční boj, který byl založen na vzájemném poměru kvalita versus cena. Na trh přicházela celá řada nových pojišťoven nabízejících tento produkt se stále větším počtem krytých nemocí a přitom za nižší pojistné. V těchto letech docházelo také ke strmému růstu pojistných částek. Za krátkou dobu své existence prošla konstrukce pojištění vážných nemocí určitým vývojem - zpočátku byl produkt prodáván pouze jako připojištění k základnímu životnímu

pojištění, v další fázi vývoje se objevily programy životního pojištění, ve kterých se vážné nemoci staly pevnou součástí produktu, a nakonec, ve třetí a poslední fázi, se pojištění vážných onemocnění prodává formou samostatné pojistky. V současné době dochází k velkému nárůstu počtu pojišťovaných nemocí (ve srovnání s původními pojistkami, které kryly pouze pět nemocí), příčiny růstu pojišťovaných nemocí jsou především tržního charakteru - pojišťovny chtějí odlišit svůj produkt od ostatních, aby tak získaly konkurenční výhodu nad svými rivaly. Současně se pojišťovny snaží uspokojit zákazníka, pro kterého je atraktivnější pojistka kryjící více nemocí. [9]

V českých zemích nehrálo soukromé nemocenské pojištění před druhou světovou válkou příliš významnou roli. Po zestátnění pojišťovnictví v roce 1945 a po jeho sloučení do 5-ti pojišťoven byla jedna z těchto pojišťoven (*Nemocenská pojišťovna*) specializována na soukromé nemocenské pojištění. Po roce 1948 bylo však toto pojištění u nás administrativním zásahem zrušeno a na trh se začalo opět dostávat po až revoluci, respektive začátkem 90. let minulého století. [12]

### **2.2.2 Produkty soukromého zdravotního pojištění**

Pod širokým pojmem soukromého zdravotního pojištění si lze představit různé typy pojištění, například pojištění pracovní neschopnosti, pojištění pobytu v nemocnici, pojištění invalidity či pojištění závažných onemocnění. Na tomto místě je však důležité zdůraznit, že současné produkty komerčních pojišťoven odpovídají spíše pojištění nemocenskému, avšak jak již bylo řečeno, systémy nemocenského a zdravotního pojištění jsou úzce provázány a většina pojišťoven proto pojmy zdravotní pojištění a nemocenské pojištění nerozlišuje. Pro vznik čistokrevných produktů zdravotního pojištění v České republice navíc v současnosti chybí odpovídající legislativní prostředí. Na následujících řádcích je přiblížena podstata jednotlivých, na současném trhu dostupných, produktů.

### Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti se sjednává pro případ ztráty výdělku, jehož příčinou je pracovní neschopnost z důvodu nemoci či úrazu. Jeho smysl spočívá ve výplatě sjednaného plnění v případě, kdy je pojištěnému uznána pracovní neschopnost nebo kdy pobývá v nemocnici. Minimální denní dávka činí zpravidla 100 Kč, maximální až 1500 - 2000 Kč. Pojištěný si může kdykoli výši denní dávky změnit, při součtu plnění v rámci státní nemocenské dávky a dávky denního odškodného ze soukromého zdravotního pojištění by však neměl být překročen průměrný příjem. [19] [26]

Pojišťovna si stanovuje karenční (čekací) dobu, která se nezapočítává do dnů pracovní neschopnosti, za které pojišťovna plní, a také stanovuje maximální délku léčby jednotlivých onemocnění. Pokud bude pojištěný v pracovní neschopnosti déle než je tato mez, pojišťovna proplatí jen tolik dní, kolik činí maximum. Karenční dobu lze při uzavření pojistné smlouvy zvolit, většinou se pojištění uzavírá s délkou čekací doby 8, 15, 22, 29 nebo 36 dní. Čekací doba se stanovuje rovněž na období od uzavření smlouvy (uzavře-li klient smlouvu s karenční dobou např. 15 dnů od uzavření smlouvy a za týden onemocní, pojišťovna nebude plnit, neboť ještě čekací doba neuplynula). [19] [26]

Plnění poskytuje pojišťovna většinou zpětně, tedy až po ukončení neschopnosti, přičemž pojištěný musí o náhradu požádat (v případech, že neschopnost trvá delší dobu, nebo se předpokládá vzhledem k onemocnění, že trvat delší dobu bude, může pojištěný požádat o zálohu). [19] [26]

Cena za pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti závisí na věku, pohlaví, délce čekací doby a výši denní dávky. Průměrné náklady na zdravotní péči u starých osob jsou několikanásobkem nákladů na zdravotní péči o osoby ve věku 20 - 30 let (u léků jde o více než desetinásobek, u ústavní péče o více než pětinasobek). Náklady na zdravotní péči jsou u žen do věku 50-ti až 60-ti let vyšší než u mužů, od této věkové hranice je nákladnější zdravotní péče u mužů. [26] [30]

Zvyšování pojistného u dlouhodobě platné pojistné smlouvy musí odpovídat obecnému růstu nákladů na zdravotní péči. Do pojistného nelze promítat nárůst individuálního rizika nebo např. těžké onemocnění pojištěného. Při kalkulaci pojistného mohou být uplatňovány slevy za bezeškodní průběh v předešlém roce. [19] [26]

Pojištění si mohou sjednat zaměstnanci v trvalém pracovním poměru, podnikatelé i lékaři (byť se zvláštním tarifem). Sjednání se doporučuje zejména podnikatelům, kteří si platí minimální nemocenské pojištění u Okresní správy sociálního zabezpečení a na jejich výdělků je závislá celá rodina. [19] [26]

Pojištění si naopak nemohou sjednat osoby mající trvalý pobyt mimo území České republiky, osoby mladší 18-ti let u pojištění pracovní neschopnosti, studenti v rámci brigád a jiných nahodilých prací, osoby se zhoršeným zdravotním stavem (pojišťovny posuzují jejich zdravotní stav individuálně, na základě zdravotního dotazníku a lékařské zprávy) a osoby starší 55-ti až 58-mi let. [19] [26]

#### Pojištění pobytu v nemocnici

Pojištění pobytu v nemocnici se sjednává pro riziko hospitalizace v nemocnici a s tím související ztrátě části příjmu. V případě nutného převozu do nemocnice (u žen i do porodnice) pojišťovna vyplácí v pojistné smlouvě sjednanou částku denního odškodného. Výši této částky lze při sjednávání pojištění zvolit. S ohledem na příjem je na výběr denní odškodné v rozmezí 100 - 2000 Kč na den. Horní hranice plnění pojišťovny je zpravidla omezena, neboť součet denní dávky a nemocenského by neměl přesáhnout průměrný příjem. [19] [26]

Pojišťovny si stanovují tzv. čekací (karenční) dobu, což je období po uzavření pojistné smlouvy, během kterého pojištěný nemá žádný nárok na úhradu pojištěných výloh. Čekací doba počíná běžet prvním dnem sjednání pojištění, přičemž trvání čekací doby se pohybuje až v řádu několika měsíců (zpravidla 2 - 8 měsíců). Každá pojišťovna ji nastavuje trochu jinak. [19] [26]

Cena za pojištění pobytu v nemocnici je závislá na několika faktorech, a to na pohlaví, věku a výši denní dávky. Pojištění si nemohou sjednat osoby mající trvalý pobyt mimo území České republiky, osoby mladší 4 let, osoby se zhoršeným zdravotním stavem (pojišťovny posuzují jejich zdravotní stav individuálně, na základě zdravotního dotazníku a lékařské zprávy) a osoby starší 55-ti až 58-mi let. [19] [26]

#### Pojištění nadstandardního vybavení v nemocnici

Nadstandardním vybavením se v nemocnici rozumí vlastní pokoj s televizí a telefonem. Pojištění si může sjednat kdokoli s trvalým pobytem na území České republiky, pokud ho pojišťovna na základě zdravotního stavu bude ochotna pojistit. Výše pojistného se stanovuje individuálně podle zdravotního stavu a věku. [19] [26]

#### Pojištění nadstandardní stomatologické péče

Pojišťovna hradí v rámci pojištění nadstandardní stomatologické péče některé výdaje vzniklé u zubního lékaře. Hrazeny nejsou většinou výkony čelistní ortopedie, implantáty, náhradní protézy za ztracené protetické náhrady apod. Pojistné činí přibližně 150 Kč měsíčně. [19] [26]

Každá pojišťovna si stanovuje čekací (karenční) dobu, která představuje období po uzavření pojistné smlouvy, během které pojištěný nemá nárok na úhradu pojištěných výloh. Čekací doba počíná běžet prvním dnem sjednání pojištění, její délka se pohybuje v řádech měsíců. [19] [26]

#### Pojištění nemoci

Pod pojmem pojištění nemoci se můžeme setkat hned s několika pojistnými produkty. Pojišťovny mohou poskytovat v rámci pojištění nemoci zcela odlišná pojištění, nejčastěji se však jedná o pojištění závažných onemocnění a o pojištění dlouhodobé péče. [19] [26]

Závažná onemocnění jsou v České republice diagnostikována stále častěji. Počet nádorových onemocnění vzrostl za posledních 20 let o více než 100 %, přičemž ročně onemocní rakovinou více než 65 000 lidí. Díky nejnovějším lékařským metodám



a technologiím je úspěšnost léčby závažných onemocnění až 70 % u žen a až 50 % u mužů. Léčba je však obvykle velmi nákladná a klasické pojistné produkty v těchto případech neposkytují dostatečnou pojistnou ochranu, což dohromady vytváří prostor pro vznik nového pojištění, pojištění závažných onemocnění. [30]

Pojištění závažných onemocnění je určeno pro nejširší vrstvy obyvatel. Nejčastěji je nabízeno jako připojištění k životnímu pojištění - cena za pojištění není nikterak závratná, většinou se pohybuje okolo 5-ti % z ceny základního životního pojištění. I přes vcelku těsné spojení s životním pojištěním však nelze využít daňové výhody jako v případě životního pojištění (částku placenou na připojištění pro vážná onemocnění nelze odečíst z daňového základu). [19] [26]

Smyslem pojištění je snížit negativní dopad onemocnění, tedy pokrytí rizika, kdy je klient na základě uznané choroby pracovně neschopen a jeho příjem poklesl. Pojišťovna uhradí smluvně sjednanou částku, která pomůže vyřešit zhoršenou finanční situaci. Plnění pojišťovny může pokrýt výdaje spojené s léčením, výdaje na nadstandardní lékařskou péči, na jednorázové splacení závazků nebo na úpravu prostředí, ve kterém pojištěný žije. [19] [26]

Čekací doba je zpravidla 3 měsíce od sjednání pojištění. Pojišťovny si stanovují výčet nemocí, na které se pojištění vážných onemocnění vztahuje. Každá pojišťovna má stanoveny vlastní podmínky, zpravidla se však pojišťují následující choroby: srdeční infarkt, cévní mozková příhoda, rakovina, selhání ledvin, transplantace životně důležitých orgánů, operace aorty, operace srdečních chlopní, slepota a úplné a trvalé ochrnutí dvou a více končetin. [19] [26]

Pojištění dlouhodobé péče je pojištění pro případ bezmocnosti, která vyžaduje opakující se pomoc pojištěnému od jiné osoby při zajišťování alespoň některých jeho základních potřeb. Může jít o jakoukoli osobu (například zdravotní sestra či některý z rodinných příslušníků). [19] [26]

Pojištěný si při sjednávání pojištění sám zvolí denní dávku, kterou mu pojišťovna v případě bezmocnosti bude hradit - pojišťovny pak podle stupně bezmocnosti (25 %, 50 %, 100 %) hradí jen určité procento z této dávky. [19] [26]

Tento druh pojištění je spíše dlouhodobějšího charakteru. Pojišťovny si proto určují, ve srovnání s jinými produkty, delší čekací dobu (většinou jednoletou) - po tuto dobu není pojistitel povinen vyplatit plnění (s výjimkou bezmocnosti následkem úrazu). [19] [26]

### Pojištění invalidity

Pojištění invalidity nabízejí pojišťovny jako připojištění v rámci životního pojištění. Jde o jinou invaliditu, než jsou trvalé následky či trvalá invalidita při úrazovém pojištění. Při pojištění invalidity v rámci životního pojištění, poskytuje pojišťovna náhradu při uznání plného invalidního důchodu. [19] [26]

I přes souvislost se životním pojištěním se platba na pojištění invalidity nedá, na rozdíl od složky životní, odečíst od daňového základu. Tato platba se navíc nepočítá ani do kapitálové hodnoty pojištění, tedy do částky, kterou v případě dožití se v rámci životního pojištění sjednaného věku, pojišťovna vyplatí. [19] [26]

Poskytnuté plnění má dvě podoby - pojišťovna buď vyplatí předem sjednanou částku nebo nabídne tzv. zproštění od placení, kdy pojištěný nedostane náhradu škody ve formě jednorázové částky, ale životní pojištění mu běží dále, aniž by musel platit pojistné. [19] [26]

Cena pojištění se pohybuje okolo 5-ti % z částky, kterou si pojištěný platí na životní pojištění. [19] [26]

### **2.2.3 Pojistné produkty konkrétních pojišťoven**

Většina pojišťoven u nás nabízí soukromé zdravotní pojištění formou připojištění k životnímu pojištění, avšak v poslední době přicházejí pojišťovny na trh i s možností uzavřít tato pojištění samostatně. Konkrétně se jedná o pojišťovny Generali a.s., ING a.s., Českou pojišťovnu a.s. (prostřednictvím dceřinné společnosti Zdraví a.s.), Českou podnikatelskou pojišťovnu a.s., pojišťovnu Uniqa a.s. a nově i o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Tyto instituce nabízejí pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici jako samostatný produkt. Česká pojišťovna a.s. (prostřednictvím dceřinné společnosti Zdraví a.s.) nabízí nově také pojištění denní podpory ve výši regulačního poplatku při pobytu v nemocnici. Rovněž novinkou na trhu je samostatné pojištění závažných onemocnění, které poskytuje pojišťovna AMCICO AIG Life a.s., či pojištění zdravotní asistence u pojišťovny Uniqa a.s..

Pro úplnost představy o současných možnostech na trhu soukromého zdravotního pojištění byla provedena analýza konkrétních produktů komerčních pojišťoven. Podrobně analyzovány byly produkty pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u tří pojišťoven (Generali a.s., ING a.s. a Česká pojišťovna a.s. prostřednictvím dceřinné společnosti Zdraví a.s.) včetně kalkulace pojistného. Při kalkulaci pojistného soukromého zdravotního pojištění jsou zohledňována rizika pojištěného, tedy pohlaví, věk, pracovní činnost a zdravotní stav. Kalkulace v této práci zohledňují pouze první tři jmenované faktory, k drobným korekcím pojistného by mohlo dojít po vyplnění dotazníku o zdravotním stavu, který je velmi podrobný a není standardní vyplňovat ho pro předběžnou kalkulaci pojistného. Co se týče faktoru pracovní činnosti, existují dvě rizikové skupiny. První pro osoby, které nepracují manuálně a druhá pro manuálně pracující. Níže uvedené kalkulace jsou pro první z těchto dvou skupin. Modelace použité v této práci jsou konstruovány pro muže, 32 let.

Na závěr kapitoly jsou ještě podrobněji přiblíženy produkty pojištění invalidní renty a pojištění denní podpory ve výši regulačního poplatku při pobytu v nemocnici u České pojišťovny a.s., pojištění závažných onemocnění u pojišťovny AMCICO AIG Life a.s. a pojištění zdravotní asistence u pojišťovny Uniqa a.s., avšak již bez kalkulace pojistného.

### Generali a.s.

#### *Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti*

Podmínkou pro uzavření pojištění je vstupní věk 18 - 55 let a občanství ČR. Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou a pro nárok na pojistné plnění je nutné, aby pojistná událost nastala na území České republiky. [20]

Pojištěnému je od sjednaného dne pracovní neschopnosti způsobené nemocí či úrazem vyplácena sjednaná denní dávka (doba výplaty pojistného plnění je maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost a maximální pojistné plnění činí 3 miliony Kč za jednu pojistnou událost). Obecně činí čekací doba 3 měsíce od uzavření smlouvy a 15 – 29 dní od počátku nemoci. Čekací doba od počátku nemoci odpadá u pracovní neschopnosti následkem úrazu a po dvou letech pojištění rovněž u vyjmenovaných onemocnění (srdeční infarkt, rakovina, náhlá cévní mozková příhoda, selhání ledvin, infekční žloutenka, tyfus, paratyfus, cholera, žlutá zimnice). [20]

V pojistných podmínkách jsou dále uvedeny výluky z pojistného plnění, a to dojde-li k pojistné události v souvislosti s trestnou činností, pod vlivem alkoholu, při dopravní nehodě (přičemž pojištěný řidič nevlastní řidičský průkaz), při rizikovém sportu, v souvislosti s válkou, pokusem o sebevraždu, těhotenstvím, duševní nemocí, pobytem v protialkoholní léčebně a kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné. Pojišťovna je dále zproštěna povinnosti plnit u nemocí vzniklých následkem pracovního úrazu, bolestí zad 2 roky od počátku pojištění a u onemocnění, pro která byl pojištěný léčen v posledních 5-ti letech před vznikem pojištění. [20]

Výše pojistného denní dávky při pracovní neschopnosti je uvedena v následující tabulce.

Tab. 2. Výše pojistného pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti u pojišťovny Generali, a.s.

<i>Frekvence placení pojistného</i>	<i>Denní dávka 310,- od 15. dne</i>	<i>Denní dávka 310,- od 22. dne</i>	<i>Denní dávka 310,- od 29. dne</i>
ročně	5 425	3 100	1 860

*Zdroj: osobní návštěva pojišťovny*

Má-li klient u pojišťovny uzavřeno také penzijní připojištění či životní pojištění, dostává slevu 10 – 15 % pojistného (dle výše pojistného placeného na penzijní připojištění/životní pojištění). Je-li pojistné období kratší než 1 rok, je pojistitel oprávněn účtovat přírážku k pojistnému v procentech ročního pojistného. [20]

#### *Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici*

Podmínkou pro uzavření pojištění je vstupní věk 3 - 55 let a občanství ČR. Pojistnou událostí je hospitalizace z důvodu nemoci, úrazu či porodu trvající minimálně 24 hodin, a to na území České republiky či Evropské unie. Čekací doba je 3 měsíce, pro těhotenství a porod 9 měsíců (čekací doba odpadá u akutní infekce s hospitalizací a u hospitalizace následkem úrazu). [20]

Pojištěným osobám je vyplácena sjednaná denní dávka od prvního dne pobytu v nemocnici za každý den hospitalizace, doba výplaty pojistného plnění není omezena (v případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně 14 dní pro každé těhotenství). V případě úrazu, který si bezprostředně vyžádá hospitalizaci pojištěného, je tomuto poskytnuto plnění ve výši dvojnásobku sjednané denní dávky. [20]

V pojistných podmínkách jsou dále uvedeny výluky z pojistného plnění, a to dojde-li k pojistné události v souvislosti s trestnou činností, pod vlivem alkoholu, při dopravní nehodě (přičemž pojištěný řidič nevlastní řidičský průkaz), při rizikovém sportu, v souvislosti s válkou, pokusem o sebevraždu, duševní nemocí, pobytem v protialkoholní

léčebně a kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné. Pojišťovna je dále zproštěna povinnosti plnit u nemocí vzniklých následkem pracovního úrazu a u onemocnění, pro která byl pojištěný léčen v posledních 5-ti letech před vznikem pojištění. [20]

Výše pojistného denní dávky při pobytu v nemocnici je uvedena v následující tabulce.

Tab. 3. Výše pojistného pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u pojišťovny Generali, a.s.

<i>Frekvence placení pojistného</i>	<i>Denní dávka 300,- od 1. dne</i>
ročně	1 050

*Zdroj: osobní návštěva pojišťovny*

Má-li klient u pojišťovny uzavřeno také penzijní připojištění či životní pojištění, dostává slevu 10 - 15 % pojistného (dle výše pojistného placeného na penzijní připojištění/životní pojištění). Je-li pojistné období kratší než 1 rok, je pojistitel oprávněn účtovat přírážku k pojistnému v procentech ročního pojistného. [20]

#### ING a.s.

##### *Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti*

Pojištění mohou uzavřít osoby s dobrým zdravotním stavem ve věku od 20-ti do 55-ti let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Pojištění se sjednává na dobu jednoho roku a může být každoročně automaticky prodlouženo - pojištění končí dnem přiznání starobního, invalidního nebo částečně invalidního důchodu, popř. odchodem do předčasného důchodu, nejpozději vždy dosažením 65-ti let věku klienta. [21]

ING, a.s. vyplácí denní dávku v případě lékařem potvrzené pracovní neschopnosti, která byla zapříčiněna nemocí nebo úrazem. Pro nárok na pojistné plnění je nutné, aby pojistná událost nastala na území České republiky či Slovenské republiky a pojistné plnění je vypláceno maximálně 52 týdnů (nastane-li nová neschopnost ve lhůtě 6-ti měsíců, doby se sčítají). [21]

Čekací doba činí 3 měsíce od uzavření pojistné smlouvy. Pojištěný si dále vybírá ze tří variant, které se liší počátkem výplaty denní dávky (tj. od 15., 29. a od 43. dne pracovní neschopnosti). Tato čekací doba odpadá při druhé a další neschopnosti ze stejné příčiny, která nastane do 4 týdnů. [21]

V pojistných podmínkách jsou dále uvedeny výluky z pojistného plnění, a to dojde-li k pojistné události v souvislosti s trestnou činností, pod vlivem alkoholu, při rizikovém sportu, v souvislosti s válkou, pokusem o sebevraždu, těhotenstvím, duševní nemocí, pobytem v protialkoholní léčebně a kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné. [21]

Výše pojistného je uvedena v následující tabulce a určuje se v závislosti na věku pojištěného, jeho pohlaví, zaměstnání či podnikání a zvolené výši denní dávky. [21]

Tab. 4. Výše pojistného pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti u ING, a.s.

<i>Frekvence placení pojistného</i>	<i>Denní dávka 200,- od 15. dne</i>	<i>Denní dávka 200,- od 29. dne</i>	<i>Denní dávka 200,- od 43. dne</i>
ročně	4 090	1 543	1 065

*Zdroj: osobní návštěva pojišťovny*

Při současném uzavření produktů denní dávky při pracovní neschopnosti a denní dávky při pobytu v nemocnici je klientovi poskytnuta sleva 5 % z pojistného. [21]

### *Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici*

Pojištění mohou uzavřít osoby s dobrým zdravotním stavem ve věku od 18-ti do 55-ti let a děti ve věku od 1 roku do 17-ti let. Pojištění se sjednává na dobu jednoho roku a může být každoročně automaticky prodlouženo, končí nejpozději dosažením 65-ti let věku klienta. Čekací doba činí 3 měsíce, pro porod a stomatologické zákroky 8 měsíců a odpadá u hospitalizace následkem úrazu. [21]

ING, a.s. vyplácí denní dávku v případě, je-li pojištěnému v důsledku nemoci nebo úrazu poskytnuta z lékařského hlediska nezbytná nemocniční lůžková péče. Dávka je rovněž vyplácena v případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem (v tomto případě je pojistné plnění poskytováno maximálně 14 dní za každé těhotenství). Pro nárok na pojistné plnění je nutné, aby hospitalizace probíhala na území České či Slovenské republiky a trvala minimálně 4 dny (u porodu minimálně 8 dní). Jedná-li se o dlouhodobou hospitalizaci, je pojistné plnění vypláceno měsíčně. [21]

V pojistných podmínkách jsou dále uvedeny výluky z pojistného plnění, a to dojde-li k pojistné události v souvislosti s trestnou činností, pod vlivem alkoholu, při rizikovém sportu, v souvislosti s válkou, pokusem o sebevraždu, duševní nemocí, pobytem v protialkoholní léčebně a z lékařského hlediska zbytnými kosmetickými úkony. [21]

Výše pojistného se určuje v závislosti na věku pojištěného, jeho pohlaví a zvolené denní dávce z nabídky společnosti a je uvedena v následující tabulce. [21]

Tab. 5. Výše pojistného pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u ING, a.s.

<i>Frekvence placení pojistného</i>	<i>Denní dávka 1 000,- od 1. dne</i>
ročně	3 361

*Zdroj: osobní návštěva pojišťovny*



### Česká pojišťovna a.s.

Pojištění pro případ nemoci poskytuje Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., která je 100% dceřinná společnost České pojišťovny a.s., specializovaná na trh soukromého zdravotního pojištění. Jedná se o jedinou pojišťovnu, u níž nelze pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a pojištění při pobytu v nemocnici sjednat samostatně. Navíc nelze libovolně kombinovat pojistné částky. [18]

#### *Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti*

Pojistit lze osoby v hlavním pracovním poměru i osoby samostatně výdělečně činné (jednotný sazebník pro zaměstnance i OSVČ), kteří mají trvalé bydliště na území České republiky a jsou ve věku od 18-ti do 60-ti let. [18]

Předmětem pojištění je výplata sjednané denní dávky při pracovní neschopnosti vzniklé jako důsledek nemoci či úrazu, a to od smluvně dohodnutého dne (15., 22., 29. či 36. den pracovní neschopnosti). Pro nárok na pojistné plnění je nutné, aby pojistná událost nastala na území České republiky, přičemž pojistné plnění je vypláceno maximálně 52 týdnů (nastane-li nová neschopnost ve lhůtě 6-ti měsíců, doby se sčítají). [18]

Nárok na plnění vzniká po uplynutí čekací doby, tj. 3 měsíců od počátku pojištění. V případě vzniku pracovní neschopnosti úrazem, který bude mít za následek hospitalizaci minimálně 2 půlnoci a tato hospitalizace následuje do 24 hodin od úrazu, čekací doba odpadá. Denní dávku lze zvolit jako pohyblivou (odvídá se od příjmu klienta a její výše se může pohybovat v rozmezí 150 - 6000 Kč) či pevnou (její výše může být dle přání klienta 150 Kč nebo 300 Kč). Jedná-li se o dlouhodobou hospitalizaci, je pojistné plnění vypláceno měsíčně. [18]

V pojistných podmínkách jsou dále uvedeny výluky z pojistného plnění, a to dojde-li k pojistné události v souvislosti s trestnou činností, pod vlivem alkoholu, v souvislosti s válkou, pokusem o sebevraždu, duševní nemocí, nemocí z povolání, těhotenstvím, pobytem v protialkoholní léčebně a z lékařského hlediska zbytnými kosmetickými úkony. [18]

Výše pojistného denní dávky při pracovní neschopnosti je uvedena v následující tabulce.

Tab. 6. Výše pojistného pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti u ČP Zdraví a.s.

<i>Frekvence placení pojistného</i>	<i>Denní dávka 300,- od 15. dne</i>	<i>Denní dávka 300,- od 22. dne</i>	<i>Denní dávka 300,- od 29. dne</i>
ročně	6 768	5 256	2 664

*Zdroj: osobní návštěva pojišťovny*

#### *Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici*

Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici je uzavíráno s osobami ve věku od 4 do 60-ti let. Pro nárok na pojistné plnění je nutné, aby pojistná událost nastala na území České republiky. [18]

Předmětem pojištění je peněžní podpora poskytovaná za každý kalendářní den hospitalizace v klasickém nemocničním zařízení, která je z lékařského hlediska nezbytně nutná, a výše denní podpory může dle přání klienta činit 100 - 2 000 Kč. Jedná-li se o dlouhodobou hospitalizaci, pojistné plnění je vypláceno měsíčně. [18]

Nárok na plnění vzniká po uplynutí čekací doby, tj. 3 měsíců (v souvislosti s těhotenstvím, stomatologickými zákroky a ortopedickými náhradami 8 měsíců) od počátku pojištění. V případě úrazu čekací doba odpadá. [18]

Pojistné plnění je vypláceno maximálně 52 týdnů (nastane-li nová neschopnost ve lhůtě 6-ti měsíců, doby se sčítají). V případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem je plnění omezeno na 14, respektive 7 dní.

V pojistných podmínkách jsou dále uvedeny výluky z pojistného plnění, a to dojde-li k pojistné události v souvislosti s trestnou činností, pod vlivem alkoholu, v souvislosti s válkou, pokusem o sebevraždu, duševní nemocí, nemocí z povolání, pobytem v protialkoholní léčebně a z lékařského hlediska zbytnými kosmetickými úkony. [18]

Výše pojistného denní dávky při pobytu v nemocnici je uvedena v následující tabulce.

Tab. 7. Výše pojistného pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici u ČP Zdraví a.s.

<i>Frekvence placení pojistného</i>	<i>Denní dávka 700,- od 1. dne</i>	<i>Denní dávka 300,- od 1. dne</i>
ročně	2 940	1 260

*Zdroj: osobní návštěva pojišťovny*

#### *Pojištění invalidní renty*

Pojištění invalidity následkem úrazu ochrání klienta před poklesem příjmů způsobeným trvalými následky úrazu a s tím spojenou plnou invaliditou. Pojistit lze zaměstnance i osoby samostatně výdělečně činné ve věku od 18-ti do 60-ti let. [18]

Výplata invalidní renty zpravidla navazuje na pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a probíhá po dobu jednoho roku až pěti let. Invalidní renta se pohybuje v rozmezí 54 000 - 360 000 Kč ročně. [18]

Následující tabulka zachycuje modelový příklad měsíčního pojistného pro muže, 35 let.

Tab. 8. Výše pojistného pojištění invalidní renty u ČP Zdraví a.s.

<i>Denní dávka</i>	<i>Invalidní renta</i>	<i>Pojistné pro výplatu invalidní renty po dobu</i>	
		<i>1 roku</i>	<i>5 let</i>
300 Kč	108 000 Kč	18 Kč	78 Kč
800 Kč	288 000 Kč	48 Kč	208 Kč

Zdroj: ČP Zdraví a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravi.cz>>

*Pojištění denní podpory ve výši regulačního poplatku při pobytu v nemocnici*

Předmětem pojištění je výplata pojistné částky odpovídající výši regulačního poplatku stanovené zákonem (aktuálně 60 Kč denně), a to za každý kalendářní den pobytu v nemocnici. V případě zvýšení regulačního poplatku dojde automaticky ke zvýšení pojistné částky v souladu se zákonem, a tím i pojistného. Pojistit lze fyzické osoby včetně dětí od 2 do 60-ti let. Modelový příklad ročního pojistného je zachycen v následující tabulce. [18]

Tab. 9. Výše pojistného pojištění denní podpory ve výši regulačního poplatku při pobytu v nemocnici u ČP Zdraví a.s.

<i>Muž 35 let</i>	<i>Žena 25 let</i>	<i>Dítě 2 - 17 let</i>
264 Kč	252 Kč	84 Kč

Zdroj: ČP Zdraví a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravi.cz>>

### AMCICO AIG Life

#### *Pojištění závažných onemocnění*

AMCICO AIG Life nabízí pojištění AMCICO-VitaLife, které se vztahuje na 32 nejčastějších závažných onemocnění, s pojistnou částkou 200 000 až 6 000 000 Kč. Nově nabízí i variantu samostatného pojištění pro onemocnění rakovinou. [17]

Ode dne uzavření pojištění běží čekací lhůta v délce 3 měsíců (onemocní-li klient během této doby, nebude mít na pojistné plnění nárok), přičemž pojistné plnění se vyplácí pouze za první závažné onemocnění, u kterého jsou tyto podmínky splněny. [17]

### Uniq a.s.

#### *Pojištění zdravotní asistence*

Pojišťovna Uniq a.s. nabízí pojištění zdravotní asistence, a to pod obchodním názvem MedUNIQA. Program asistenčních služeb v oblasti zdravotnictví zahrnuje asistenci (organizaci zdravotní péče), rychlou radu (konzultaci zdravotního stavu po telefonu) a konsilium (konzultaci lékařské diagnózy). [29]

Organizace zdravotní péče zahrnuje zprostředkování termínu vyšetření u odborníka v síti smluvních zařízení podle časových dispozic klienta v okruhu jeho bydliště či pracoviště, a to do pěti dnů. Konzultace zdravotního stavu po telefonu spočívá v zodpovídání dotazů klientů ohledně jejich aktuálního stavu (vysvětlení lékařských pojmů či laboratorních výsledků, informace o lécích apod.). Konzultací lékařské diagnózy se rozumí vypracování druhého odborného názoru k diagnóze (stanovisko vypracují specialisté z různých oborů medicíny). [29]

Do programu MedUNIQA mohou vstoupit klienti ve věku 15 až 60 let, pojištění může trvat až do dovršení 65-ti let věku. Služby lze čerpat ihned po sjednání smlouvy, tedy neexistuje žádná čekací doba, a všechny služby programu jsou dostupné 24 hodin denně na bezplatné lince Uniq pojišťovny. [29]

### Srovnání produktů denních dávek u 3 pojišťoven

Pro vytvoření konkrétnější představy o současném stavu konkurence na trhu soukromého zdravotního, respektive nemocenského pojištění bylo provedeno srovnání produktů pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a denní dávky při pobytu v nemocnici u tří pojišťoven, a to u Generali a.s., ING a.s. a u ČP Zdraví a.s.. Pojistné jednotlivých pojišťoven, přepočítané pro názornost vždy na 100 Kč pojistné částky, je uvedeno v následující tabulce.

Tab. 10. Srovnání pojistného produktů denních dávek u 3 pojišťoven (pojistné přepočtené na 100 Kč pojistné částky)

<i>Pojišťovna</i>	<i>Denní dávka od 15. dne</i>	<i>Denní dávka od 29. dne</i>	<i>Dávka za den pobytu</i>
Generali a.s.	1 750	600	350
ING a.s.	2 045	771,5	336,1
ČP Zdraví a.s.	2 256	888	420

*Zdroj: vlastní výpočet*

Z výše uvedené tabulky je patrné, že nejlevněji vyjde uzavření pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti s pojišťovnou Generali a.s. a pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici s pojišťovnou ING a.s. (nejnižší hodnoty pojistného označeny červeně).

Cena však není jediným rozhodujícím faktorem, je třeba zohlednit ještě pojistné podmínky. V tomto ohledu vychází nejlépe pojišťovna Generali a.s., následovaná pojišťovnou ING a.s., přičemž pojišťovna ČP Zdraví a.s. žádné výhody oproti předchozím dvěma pojišťovnám nenabízí. Přehled zásadních rozdílů mezi pojišťovnami nabízí následující tabulka.

Tab. 11. Srovnání pojistných podmínek produktů denních dávek u 3 pojišťoven

<i>Generali a.s.</i>		
	Výhody	
		<p>má-li klient u pojišťovny uzavřeno také penzijní připojištění či životní pojištění, dostává slevu 10 - 15 % (dle výše příspěvku/pojistného placeného na penzijní připojištění/životní pojištění)</p> <p>u vybraných onemocnění odpadá po dvou letech pojištění karenční doba (denní dávka je vyplácena bez ohledu na sjednanou karenční dobu již od 1. dne pracovní neschopnosti)</p> <p>v případě úrazu, který si bezprostředně vyžádá hospitalizaci pojištěného, je tomuto poskytnuto plnění ve výši dvojnásobku sjednané denní dávky</p> <p>hospitalizace může probíhat jak na území ČR tak na území celé EU</p>
	Nevýhody	-
<i>ING a.s.</i>		
	Výhody	
		<p>pojistná událost může nastat jak na území ČR tak na území SR</p> <p>čekací doba odpadá při 2. a další neschopnosti ze stejné příčiny, která nastane do 4 týdnů</p>

	Nevýhody	
		pro stomatologické zákroky je čekací doba 8 měsíců  pro nárok na pojistné plnění je nutné, aby hospitalizace probíhala minimálně 4 dny (u porodu minimálně 8 dní)
ČP Zdraví a.s.		
	Výhody	
		-
	Nevýhody	
		delší čekací doba pro stomatologické zákroky a také pro ortopedické náhrady  chybějící flexibilita (není možné produkty oddělit, fixní kombinace částek)

Zdroj: ČP Zdraví a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravi.cz>>, Generali a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.generali.cz>>, ING a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.ing.cz>>

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že nejvíce výhod nabízí pojišťovna Generali a.s., což z ní spolu s nejnižším pojistným tvoří vítěze srovnávání.



## 2.3 Reformní výzvy

Problémy, s nimiž se české zdravotnictví potýká, lze rozdělit do tří skupin - problémy spojené s nízkou úrovní zdraví a jeho ochrany, problémy, které jsou připisovány málo účinné nebo nevhodné struktuře a organizaci zdravotní péče, a nakonec fakt, že zdravotnictví patří mezi čisté veřejné statky. Jako problematický je shledáván i samotný princip solidarity, který dostatečně nemotivuje jedince k péči o vlastní zdraví. [1]

Mezi problémy spojené s nízkou úrovní zdraví a jeho ochrany zahrnujeme především nezdravé životní a pracovní prostředí, nezdravý životní styl, malou zdravotní gramotnost pacientů (tedy malé porozumění informacím, které se zdravotní problematiky týkají) a v neposlední řadě nedostatečný důraz na prevenci. To následně vyvolává potřebu zdravotní péče. Řešení těchto problémů si kladou za cíl snížit spotřebu péče a zlepšit celkové zdraví populace. Nástrojem je motivace k péči o vlastní zdraví, což je však poměrně složité, neboť vzniklé problémy lze řešit prostřednictvím zdravotnictví. [1]

Mezi tradiční determinanty zdraví patří z 50-ti % životní styl, z 20-ti % životní prostředí a z 20-ti % genetická predispozice. Pouhých 10 % poté připadá na vlastní zdravotní péči. Avšak v současnosti dochází k přehodnocování tohoto tradičního rozdělení, a to zejména na základě analýzy příčin prodlužování délky života - lékařská péče by tak mohla zdraví populace determinovat přibližně z 50-ti %. Vznik nových technologických postupů tedy vede ke zvyšování kvality a délky života. Na druhé straně však vede i k obrovskému nárůstu nákladů - ten je způsobován jednak finanční náročností nových technologií, a poté faktem, že se zvyšuje počet léčených občanů. Nové technologie jsou tak jednou z příčin finanční neudržitelnosti systému, neboť ekonomika neroste tempem dostačujícím současnému trendu na straně zdravotnických výdajů - relaci tempa růstu výdajů na zdravotnictví a tempa růstu HDP ukazuje následující tabulka. [14] [1]

Tab. 12. Relace tempa růstu výdajů na zdravotnictví a tempa růstu HDP (v %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Výdaje na zdravotnictví</i>	10,2	9,1	7,2	4,5	3,7	6,7	8,6
<i>Hrubý domácí produkt</i>	4,8	4,6	9,2	6,1	8,0	9,7	4,3

Zdroj: ÚZIS ČR [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>

Do skupiny problémů, které jsou připisovány málo účinné nebo nevhodné struktuře a organizaci zdravotní péče, patří nedostatečný systém dlouhodobé péče, zneužívání nemocenské, nevhodná struktura lůžkového fondu, nedostatečná kapacita zdravotnického personálu, nesprávné zacházení s léčivy či nedostatečné využívání informačních technologií. Tyto problémy souvisejí zejména s dosavadní orientací na řešení akutních stavů a s malou pozorností věnovanou chronickým onemocněním. Cílem řešení je zefektivnění systému a propojení složek záchranného systému. [1]

Následující tabulka demonstruje vybrané problémy českého zdravotnictví v oblasti struktury a organizace péče ve srovnání s vybranými zeměmi Evropy - nadbytek lůžek akutní péče a nadspotřebu léčiv.

Tab. 13. Porovnání počtu akutních lůžek a spotřeby léčiv v zemích Evropy  
(údaje pro rok 2007)

<i>Země</i>	<i>Počet akutních lůžek na 100 000 obyvatel</i>	<i>Spotřeba léčiv na obyvatele v USD (v paritě kupní síly)</i>
<i>Česká republika</i>	515,2	457
<i>Evropská unie</i>	406,3	-
<i>Švédsko</i>	211,3	393
<i>Spojené království</i>	268,8	365

<i>Dánsko</i>	289,9	-
<i>Nizozemsko</i>	320,8	322 <sup>3</sup>
<i>Slovensko</i>	491,5	314
<i>Rakousko</i>	610,5	-
<i>Německo</i>	619,6	352 <sup>3</sup>

Zdroj: ÚZIS ČR [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>

Situaci ve zdravotnictví dále komplikuje skutečnost, že zdravotní péče patří mezi čisté veřejné statky. Pro ty je charakteristické tržní selhání (občané si neuvědomují nutnost pojistit se proti zdravotním rizikům, zavedením pouze soukromého financování by vždy část populace zůstala nepojištěna) - zdravotní péče proto musí být alespoň v základním rozsahu produkována či financována přímo veřejným sektorem. Dalším charakteristickým rysem veřejných statků je skutečnost, že náklady na vyloučení jednotlivců ze spotřeby jsou vysoké, dochází tudíž ke zneužívání systému neplátiči. Veřejná produkce zdravotní péče pak ztroskotává zejména na omezenosti kapacit - když danou službu (při daných kapacitách) spotřebuje jeden člověk, tak už tato služba nezbyvá na jiného. Opatření se tedy orientují na vytvoření řízené konkurence a na jasné stanovení pravidel. [1]

Příčinou neudržitelnosti současného systému financování českého zdravotnictví jsou pak zejména změny v demografickém vývoji. Jen v posledních patnácti letech se průměrná délka života prodloužila o 4 roky, přičemž porodnost klesla o celých 21 %. Při stávajícím trendu hrozí, že v roce 2021 bude v důchodovém věku každý pátý občan, přičemž již v současnosti tvoří přibližně 14 % obyvatel České republiky senioři. Očekávaná délka života by se měla v roce 2050 prodloužit na 83,9 let z dnešních 76,7 let. Predikci věkové struktury české populace v roce 2050 zachycuje následující tabulka. [14]

---

<sup>3</sup> údaj za rok 2006

Tab. 14. Srovnání věkové struktury v roce 2007 s prognózou pro rok 2050

<i>Věková skupina</i>	<i>Zastoupení věkové skupiny v populaci (v %)</i>	<i>Zastoupení věkové skupiny v populaci (v %)</i>
	<i>2007</i>	<i>2050</i>
0 - 14	14,2 %	11,6 %
15 - 64	71,2 %	53,6 %
65+	14,6 %	34,8 %
80+	3,4 %	11,4 %

*Zdroj: České zdravotnictví v roce 2050 [online]. [cit.2009-07-05]. Dostupné z WWW:*

*<<http://www.kulatystul.cz/cs/node/281>>*

Dožití se vyššího věku s sebou přináší vyšší pravděpodobnost onemocnění (čtvrtina seniorů starších 60-ti let je závislá na péči druhé osoby, v kategorii nad 75 let je to již celá polovina seniorů) a změnu struktury onemocnění (roste podíl chronických onemocnění). Stárnutí populace postihuje rovněž příjmovou stránku systému, neboť ubývá lidí v produktivním věku. [14]

### **3 Zahraniční reformy v oblasti zdravotnictví**

Ačkoli až do přelomu 19. a 20. století neexistovaly systematické národní programy v oblasti zdravotnictví, dnes téměř všechny státy garantují zdravotní péči všem svým občanům. Tradičně rozlišujeme dvě kategorie zdravotnických systémů - systém národní zdravotní služby a systém zdravotního pojištění, v současnosti však v Evropě dochází ke konvergenci jednotlivých systémů. Mezi společné rysy patří princip solidarity a státní garance péče o zdraví - přístup k péči je zákonem zaručen pro všechny obyvatele. I přes uvedený konvergenční trend se jednotlivé systémy zdravotní péče v Evropě nadále poměrně výrazně odlišují, rozdíly jsou dány zejména různým historickým vývojem, odlišným společenským klimatem a odlišnou ekonomickou situací. [16]

Systémy zdravotnictví napříč vyspělými státy se více či méně potýkají se stejným problémem - nalezením rovnováhy mezi neomezenými přáními na straně jedné a omezenými zdroji na straně druhé, aniž by byly narušeny základní společenské hodnoty. Státy se však liší v intenzitě realizovaných změn - rozsáhlé změny nacházíme v Nizozemsku či na Slovensku, dílčí změny pak například v Dánsku či v Rakousku. [16]

#### **3.1 Dánsko**

Dánský sociální systém patří k těm nejstarším a zároveň nejrozsáhlejším na světě. Původní systém veřejného zdravotního pojištění byl v 70. letech 20. století nahrazen národní zdravotní službou financovanou z daní (sazby daně z příjmů fyzických osob jsou proto v celosvětovém měřítku velmi vysoké). [16]

Jak již bylo naznačeno, systém poskytování zdravotní péče je univerzální a ve své podstatě bezplatný. Přesto však existují doplatky, zejména v oblasti léčiv a stomatologie. Pro dánský systém zdravotnictví je dále typická silná decentralizace, což však způsobuje jistou nevyrovnanost v přístupu k zdravotní péči (rozdílné čekací doby, přístup k technologiím, preventivní programy apod.). [16] [24]

Podnětem k reformním změnám v této zemi byl fakt, že průměrná délka života nedosahuje hodnot ostatních evropských zemí. Příčina byla shledána zejména ve špatné koordinaci péče. Reformy z roku 2007 se tudíž zaměřují zejména na zkracování čekacích dob a rovný přístup k péči pro všechny obyvatele. Toho má být dosaženo zejména částečnou centralizací. Dále došlo v rámci reformních změn k vyčlenění zdravotní daně, která činí 8 % z příjmu. Od jejího zavedení se očekává zvýšení transparentnosti systému. [16]

Součástí reformního balíku je i změna ve financování nemocnic, které jsou nyní financovány výkonově s cílem motivovat nemocnice k větší výkonnosti. Nově jsou do financování zdravotnictví zahrnuty i obce, od čehož vláda očekává jejich větší zainteresovanost v oblasti prevence pro vlastní obyvatele. [16]

### **3.2 Německo**

Německý zdravotní systém je tradičně založen na národním zdravotním pojištění, jehož kořeny sahají až do roku 1883, kdy byl tzv. Bismarckovský systém zaveden pro námezdní dělníky. [4]

Donedávna byl tento systém povinný pouze pro zaměstnance, jejichž roční příjem byl nižší než 48 000 eur. Zaměstnanci překračující tento limit měli na výběr, zda-li se budou systému účastnit, zvolí soukromé pojištění nebo se nepojistí vůbec. Veřejný systém pokrýval 88 % obyvatel. Od dubna 2007 je povinnost být pojištěn stanovena pro všechny občany. [16]

Veřejné zdravotní pojišťovny si navzájem konkurují (existuje jich cca 200), jsou autonomní, avšak státem regulované, bez možnosti tvořit zisk. Do roku 2007 mohly volně stanovovat sazbu zdravotního pojištění, nyní je sazba soukromého zdravotního pojištění stanovena na 12 % z příjmu. [4] [16]

Soukromých zdravotních pojišťoven existuje přibližně padesát a nabízejí dva druhy produktů - prvním je substitute za státní systém zdravotního pojištění, druhým typem pak připojištění k veřejnému pojištění. Tyto pojišťovny kalkulují pojistné na základě individuálního rizika. [4] [16]

Německý systém se však dlouhodobě potýká s problémem finanční udržitelnosti a efektivnosti. V souvislosti s tím by měl vzniknout centrální zdravotní fond, který by shromažďoval a následně přerozděloval veškeré prostředky. K obnovení finanční stability by dále mělo dopomoci posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovnami i poskytovateli péče, od čehož si vláda slibuje růst efektivity a kvality. [16]

Od roku 2007 mají také státní zdravotní pojišťovny povinnost nabízet zdravotní plány, obsahující možnost využívat praktického lékaře jako tzv. „gatekeepera“ (praktický lékař, jehož návštěva je finančně méně náročná, slouží jako zprostředkovatel specializované péče). Pojištěnci jsou k volbě těchto plánů motivováni nižším pojistným. [16]

### **3.3 Nizozemsko**

Také nizozemské zdravotnictví bylo organizováno na principu povinného nemocenského pojištění. Počátkem roku 2006 však vláda uskutečnila rozsáhlou reformu zdravotnictví; došlo ke sloučení do té doby paralelně existujících systémů veřejného a soukromého zdravotního pojištění. Nový systém tak funguje na principu veřejného zdravotního pojištění, které je však spravováno soukromými pojišťovnami. [3]

Do roku 2006 si občané nad jistou příjmovou hranici mohli zvolit, chtějí-li být účastni veřejného či soukromého systému. Nyní mají všichni povinnost pojistit se v rámci veřejného pojištění. Zaměstnavatelé mají možnost uzavírat pro své zaměstnance zvýhodněné skupinové pojistky. [16]

Pojistné se skládá ze dvou částí. První složka je dána procentuálně z příjmu (sazba je pro všechny stejná), druhá část je stanovována individuálně pojišťovnou v absolutní výši. [16]

Pojištěnci si mohou vybírat z několika zdravotních plánů, jež rovněž obsahují možnost volby mezi dvěma formami plnění - věcnou a finanční (některé pojišťovny nabízejí i jejich kombinaci). Další novinkou je možnost volby tzv. odčitatelné položky, kdy si klient hradí péči do sjednaného stropu sám, za což je mu poskytnuta sleva na pojistném. [16]

Nový systém se však nedokáže vyrovnat s jedním zásadním problémem - při volbě zdravotního plánu je pro pojištěnce rozhodujícím kritériem stále cena, a tak mají lidé tendenci uzavírat si pojištění pouze v základním rozsahu. [16]

Nizozemci si dále povinně platí pojištění pro mimořádné výlohy, do budoucna se však počítá s přesunem této oblasti do sociální sféry. [16]

Pojištění pro dlouhodobou zdravotní péči a doplňkové zdravotní pojištění, jež jsou poskytovány soukromými zdravotními pojišťovnami, zůstaly reformou nedotčeny. Doplňkové zdravotní pojištění je zároveň jedinou oblastí, kde mají pojišťovny povoleno provádět selekci klientů na základě rizika. [16]

Reformy by měly vést k větší efektivnosti pojišťoven (jež si mají konkurovat cenou jednotlivých zdravotních plánů) i poskytovatelů péče (prostřednictvím selektivní kontraktace). Současně by se měla zvýšit i transparentnost a kvalita zdravotnictví. [16]

Z konkurenčního boje však zatím vycházejí s výhodou velké pojišťovny, které si mohou dovolit dočasně dotovat pojistné ze svých rezerv, a tak nabídnout pojištění za bezkonkurenční ceny. Jejich dominantní postavení se tak ještě prohlubuje. [16]

### **3.4 Rakousko**

V Rakousku působí 21 samosprávných zdravotních pojišťoven, které jsou buď regionální nebo specifické pro určité profese. Povinnost pojištění vzniká podle místa práce nebo bydliště a mezi pojišťovnami tak neexistuje konkurence. [16]



Pojišťovny uzavírají individuální smlouvy s praktickými lékaři. Nemocnice spadají do kompetence jednotlivých spolkových zemí, jsou financovány z dotací a mají povinnost poskytovat péči všem pacientům. Rovněž dlouhodobá ošetrovatelská péče je financována ze státního rozpočtu. [16]

Spolková vláda financuje celou třetinu výdajů na zdravotnictví. Dalších 5 % zdrojů tvoří doplňkové zdravotní pojištění a z rozličných doplateků pak plyne 17 % financí. Jednou za čtvrtletí jsou pak pojištěnci povinni platit poplatek za hospitalizaci. [16]

Přestože již v roce 2004 činil schodek zdravotních pojišťoven 253 milionů eur, rakouská vláda neplánuje žádné průlomové reformy. Dochází pouze k dílčím opatřením, která se zaměřují na zvyšování efektivity a na zlepšování koordinace péče (např. roku 2006 byla zavedena tzv. e-Carta, elektronická karta, která je používána po celém území Rakouska a umožňuje platit lékařské výkony bezhotovostně). [16] [26]

### **3.5 Slovensko**

Slovenské zdravotnictví se potýkalo s mnoha závažnými problémy - systém nemotivoval jednotlivé zdravotnické subjekty k ekonomickému, racionálnímu a zodpovědnému chování. Zásadním problémem byla nemožnost úspěšně hospodařících zařízení realizovat zisk, přičemž za ztráty špatně hospodařících zařízení ručil stát. Dalším specifickým slovenského zdravotnictví bylo, že po zaplacení pojistného mohli občané čerpat neomezené množství péče, což vedlo k nadspotřebě. Nejen toto pak vedlo k finanční neudržitelnosti systému. [16]

V letech 2003 - 2004 došlo k zásadní reformě slovenského zdravotnictví. Průlomem bylo definování základní balíčky služeb, které jsou hrazeny z veřejného pojištění, a zavedení zdravotnických poplatků, čímž byl vytvořen prostor pro soukromé zdravotní připojištění. Dalším zásadním krokem byla privatizace pojišťoven a nemocnic. Riziko plynoucí z odlišné struktury pojištěnců jednotlivých pojišťoven je kompenzováno pomocí přerozdělení části prostředků. [16]

Zavedení poplatků si kladlo za cíl zvýšit zodpovědnost pacientů za vlastní zdraví, poplatky nebyly kalkulovány jako významný zdroj financí. Některé skupiny osob (kojenci do 1 roku, chronicky nemocní) byly ze systému vyňaty. Strukturu a výši poplatků znázorňuje následující tabulka. [16]

Tab. 15. Struktura a výše poplatků ve slovenském systému zdravotnictví (od 1. 1. 2003)

<i>Zdravotnická služba</i>	<i>Poplatek</i>	<i>Jednotka</i>	<i>Držitel poplatku</i>
Ambulantní vyšetření v primární sféře	20 Sk	návštěva	lékař
Specializovaná ambulantní péče	20 Sk	návštěva	specialista
Hospitalizace	50 Sk	den	nemocnice
Převoz	2 Sk	km	přeprava
Preskripce	20 Sk	předpis	lékárna/pojišťovna

Zdroj: Zdravotnictví za hranicemi [online]. [cit.2009-07-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz/cs/node/274>>

Zavedením poplatků došlo k 10-ti % poklesu návštěv u lékaře a k 13-ti % poklesu zásahů záchranné služby. Avšak poplatky byly nastaveny na příliš nízkou úroveň na to, aby se zásadně změnilo chování jednotlivých subjektů. [16]

Nově byl zaveden také institut ročního zúčtování zdravotního pojištění, který měl zabezpečit odvod zdravotního pojištění ze všech příjmů pojištěnců. Toto opatření reagovalo na úniky v rámci předchozího systému, kdy docházelo k obcházení plateb pojistného tím, že někteří občané dostávali po jedenáct měsíců minimální mzdu a v jednom měsíci obdrželi zbylou vysokou sumu, vysoce převyšující tehdejší limit pro odvod pojistného. Celkové roční odvedené pojistné tak bylo sníženo. Po reformě je tedy pojistné podobně jako daně placeno ve dvou fázích. Měsíčně jsou odváděny zálohy a následně pak dochází k ročnímu zúčtování. [16]

Reforma však byla veřejností odmítnuta, což se promítlo do volebních preferencí, a nová vláda roku 2006 zrušila poplatky za návštěvu u lékaře a za hospitalizaci a poplatky za preskripci razantně snížila. Pojišťovny byly opět přeměněny na veřejné instituce s omezenou možností tvořit zisk (zisk spolu s provozem pojišťovny mohou tvořit maximálně 4 % celkových výdajů). Nová vláda pak snížila DPH na léčiva z 19-ti % na 10 % a dočasně zvýšila platby za státní pojištěnce. [16]

### **3.6 Švédsko**

Švédské zdravotnictví je univerzální, vysoce decentralizované a vládou financované (zejména prostřednictvím daní, patientské poplatky tvoří pouhá 3 % výdajů). Většina péče je poskytována veřejným sektorem, důraz je kladen na využívání lékařských databází (poskytují informace o pacientovi, jeho anamnéze, podstoupených vyšetřeních včetně výsledků, případné alergie na léky apod.). [16]

Švédsko je rovněž zemí, vydávající na dlouhodobou ošetrovatelskou péči více než kterýkoli jiný člen OECD (jedná se o celá 3 % HDP). Důvodem je zejména vysoká zaměstnanost žen. [16]

Švédský systém čelí již dnes problémům plynoucím ze stárnutí populace. Došlo proto k oddělení financování zdravotnictví a dlouhodobé ošetrovatelské péče. Samotné zdravotnictví je relativně stabilizované, dochází pouze ke snahám o zvyšování efektivity prostředků. Problémem nadále zůstávají nízká efektivita nemocnic a dlouhé čekací doby. [16]

V evropském kontextu se ukázal jako problematický švédský státní monopol v oblasti maloobchodní distribuce léčiv. Roku 2005 byl Evropským soudním dvorem shledán jako nezákonný, neboť diskriminuje ostatní dodavatele léčiv ze zemí Evropské unie, a jeho deregulace musí proběhnout do konce roku 2011. Výhodou státního monopolu je rovný přístup k léčivům za jednotné ceny, nevýhodou však hrozba růstu cen a snižování kvality. [16]

### **3.7 Velká Británie**

Britské zdravotnictví je státní, plně financované z daňových zdrojů. Právě omezenost zdrojů na straně jedné a neomezené čerpání péče na straně druhé jsou příčinou nevyrovnanosti systému, jež pramení v dlouhé čekací doby či minimální modernizaci. Systém rovněž nemotivuje jednotlivé subjekty k efektivitě. [3]

V posledním desetiletí proto probíhaly snahy o reformování, o zavedení tržních prvků. Možnost pacienta zvolit si lékaře byla rozšířena, mezi poskytovatele péče byly vneseny prvky konkurence (nyní zde paralelně fungují veřejní i soukromí poskytovatelé, kapitační platby byly nahrazeny platbami za výkon). V neposlední řadě pak došlo ke snahám o decentralizaci britského zdravotnictví. Změny však probíhají velmi pozvolně a narážejí zejména na chybějící legislativu. [16]

### **3.8 Srovnání České republiky s ostatními zeměmi**

Ve většině zemí OECD, jak je patrné z následující tabulky, tvoří hlavní příjmy zdravotnictví zdroje veřejné - nejvyšší podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví nacházíme v Lucembursku (90,9 %), Česká republika zaujímá se svými 85,2 % hned druhou příčku. Avšak právě pro státy s vyšším podílem zdrojů soukromých je charakteristické, že celkové výdaje domácností na zdravotnictví jsou v důsledku nižší než ve státech s převahou zdrojů veřejných - státem s nejvyšším podílem soukromých výdajů v Evropě je Švýcarsko (40,7 %), následované Řeckem (39,7 %). [22] [25]

Tab. 16. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování ve vybraných zemích OECD  
(údaje vyjádřené jako % z celkových výdajů na zdravotnictví, platné pro rok 2007)

Země	Veřejné výdaje			Soukromé výdaje
	Veřejné výdaje celkem	z toho		
		veřejné zdrav. pojištění	veřejné rozpočty	
Česká republika	85,2	76,9	8,3	14,8
Belgie	-	60,4	11,9	-
Dánsko	84,5	0	80,2	15,5
Finsko	74,6	14,5	60,1	25,4
Francie	79,0	73,8	5,2	21,0
Irsko	80,7	0,6	80,1	19,3
Itálie	76,5	0,1	76,4	23,5
Lucembursko <sup>4</sup>	90,9	70,3	20,6	9,1
Maďarsko	70,6	58,2	12,4	29,4
Německo	76,9	67,8	9,0	23,1
Nizozemsko	-	69,5	5,3	-
Norsko	84,1	12,0	72,1	15,9

---

<sup>4</sup> údaj za rok 2006

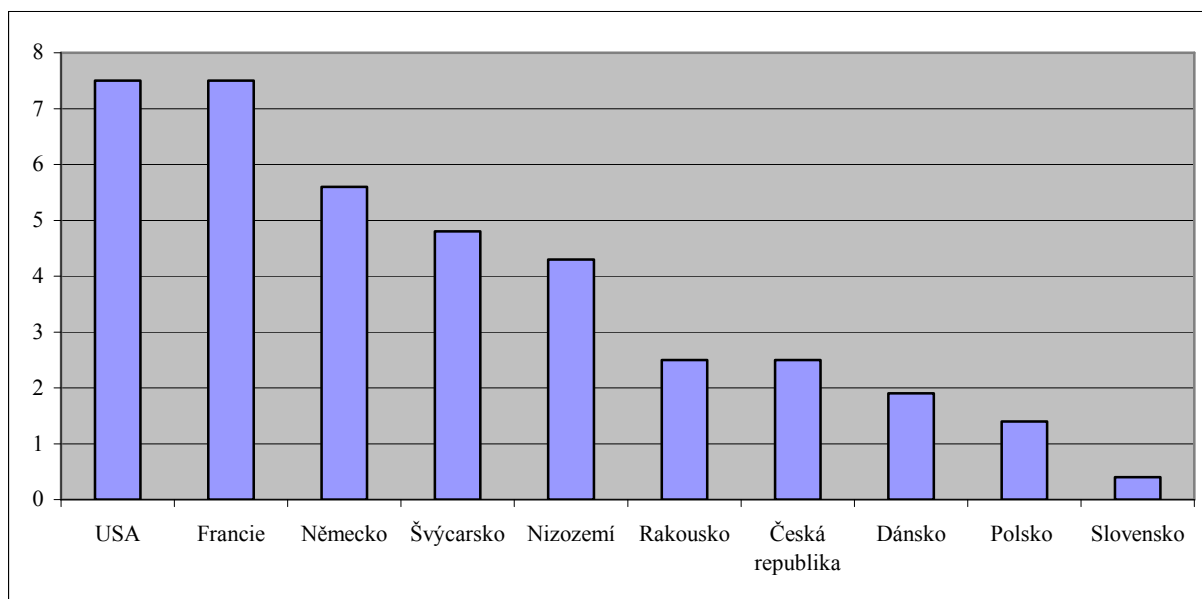
Polsko	70,8	58,6	12,3	29,1
Portugalsko <sup>5</sup>	71,5	0,8	70,7	28,5
Rakousko	76,4	44,8	31,6	23,6
Řecko	60,3	31,2	29,1	39,7
Slovensko	66,8	60,1	6,8	33,2
Spojené království	81,7	-	-	18,3
Španělsko	71,8	5,1	66,7	28,2
Švédsko	81,7	-	81,7	18,3
Švýcarsko	59,3	42,8	16,5	40,7
USA	45,8	13,1	32,7	54,2

*Zdroj: OECD Health Data [online]. [cit.2009-06-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org>>*

Velmi diskutovanou oblastí financování zdravotnictví jsou pak výdaje zdravotních pojišťoven na administrativu. Měřeno podílem těchto výdajů na celkových výdajích zdravotnictví, nejvyšších hodnot dosahuje Francie společně se Spojenými státy americkými. V České republice činí tyto výdaje 2,5 %, přičemž průměr zemí OECD jsou 3 %. Výdaje zdravotních pojišťoven na administrativu názorně porovnává následující graf. [16]

---

<sup>5</sup> údaj za rok 2006



Obr. 1. Výdaje zdravotních pojišťoven na administrativu jako podíl na celkových výdajích (pro rok 2006)  
 Zdroj: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR [online]. [cit.2009-07-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz>>

Zajímavé je rovněž srovnání evropských zemí z hlediska střední délky života a z hlediska výdajů na zdravotnictví - jak dokazuje následující tabulka, výdaje na zdravotnictví v České republice jsou ve srovnání s jinými vyspělými zeměmi průměrné, avšak podíl veřejných prostředků na úhradách je jeden z nejvyšších (viz tab. 16.).

Tab. 17. Srovnání výdajů na zdravotnictví ve vybraných evropských zemích pro rok 2007

Výdaje	Česká republika	Dánsko	Německo	Nizozemí	Rakousko	Slovensko	Švédsko	Velká Británie
USD/obyvat.	1 626	3 512	3 588	3 837	3 763	1 555	3 323	2 992
% z HDP	6,8	9,8	10,4	9,8	10,1	7,7	9,1	8,4

Zdroj: OECD Health Data [online]. [cit.2009-06-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org>>

V neposlední řadě pak lze srovnávat průměrný počet návštěv lékaře na osobu, který činí v České republice 16 návštěv ročně, čímž jednoznačně vedeme před ostatními zeměmi OECD (jejichž průměr je 7 návštěv ročně). Na jednoho českého lékaře pak připadá v průměru 270 pacientů, přičemž více než 10 % českých lékařů je již v důchodovém věku. [16]

Mzdy zdravotnického personálu však ve srovnání s průměrným výdělkem v ekonomice nedosahují úrovně zahraničí (poměr mzdy zdravotnického pracovníka ku průměrnému výdělku v ekonomice dosahuje v České republice 72 % průměru relevantních dostupných zemí OECD). Vzhledem k novému trhu práce v EU lze předpokládat tlak na konvergenci úrovně mezd alespoň k relativní výši mzdy zdravotnických pracovníků v zahraničí. [16]

V současnosti představují mzdy zdravotnického personálu 37 % nákladů na zdravotní péči. Po zahrnutí hypotézy o rychlejším růstu mzdy zdravotnických pracovníků než průměrné mzdy v ekonomice by do roku 2050 měly náklady zdravotnictví vzrůst o 25 %. Vývoj mezd zdravotnických pracovníků tedy významně ovlivňuje budoucí náklady na zdravotní péči - předpovědi výdajů na zdravotnictví pro rok 2050 se pohybují mezi 4,69-ti % a 12,96-ti % HDP, v případě konvergence mezd zdravotnických pracovníků by mohly náklady narůst až na 14,1 % HDP (ze současných 6,8 % - viz tab.17). [14]



## 4 Reformy zdravotnictví v České republice

Zabýváme-li se otázkou reformy českého zdravotnictví, je třeba si uvědomit, že tento proces nebyl započat v současnosti intenzivně diskutovaným reformním balíčkem z roku 2008, ale již revolucí roku 1989. Tehdy započal proces transformace socialistického zdravotnictví, který se však ani za dvacet let nepodařilo dokončit. Klíčové momenty výše zmiňované transformace, jakož i reforem z roku 2008 jsou shrnuty v úvodu této kapitoly. Následuje výčet možných změn systému zdravotnictví, na který v závěru kapitoly navazují zdůrazněním těch opatření, jež považují pro Českou republiku za klíčová.

### 4.1 Dosavadní reformy

Před rokem 1945 měla Česká republika podobný systém zdravotnictví jako zbytek střední Evropy, a ten byl z velké části založen na pojistných principech a Bismarckových zásadách sociální solidarity. *„Tato tradice byla přerušena desetiletími komunistického systému provozovaného a z daní financovaného státem, který poskytoval volný přístup prakticky ke všem zdravotnickým službám, avšak ne pro každého a se silnou limitací na straně nabídky. Po znovuoobnovení demokracie počátkem 90. let bylo cílem otevřít tento systém potřebám všech pacientů, umožnit zdravotnickým pracovníkům vyšší příjmy a podpořit řízenou konkurenci mezi plátcí a poskytovateli služeb.“*<sup>6</sup>

#### 4.1.1 Transformace socialistického zdravotnictví

Prvním dokumentem, který byl publikován záhy po listopadové revoluci, byly *Teze k programu zdraví*. Počátkem roku 1990 vznikla pracovní skupina odborníků, aby v květnu téhož roku vytvořila dokument s názvem *Návrh reformy péče o zdraví*, jež dělil plánované

---

<sup>6</sup> *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR*. 1. vyd. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. ISBN-978-80-85047-36-3.

změny do tří etap - odstranění byrokratických bariér, poskytnutí právní subjektivity zdravotnickým zařízením a zavedení systému zdravotního pojištění. V tomto období byly rovněž přijaty první normy, a to *Národní program obnovy a podpory zdraví* (usnesení vlády ČR č. 247), novela zákona ČNR č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a *Zdravotní řád* (nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb.). Na základě zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře proběhly ustavující sjezdy jmenovaných komor. [11]

V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byly přijaty tři zákony, a to *zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění*, *zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky* a *zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*. Zdravotní pojištění pak bylo zavedeno k 1. 1. 1992. (zákon o zdravotním pojištění byl mnohokrát novelizován, např. novelou č. 48/1997 Sb.) [11]

Ve snaze vytvořit na poli poskytování zdravotního pojištění konkurenci, byl přijat *zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*. Přesto si však Všeobecná zdravotní pojišťovna uchovala své výsadní postavení (za její dluhy ručí stát; kdo si nezvolí pojišťovnu, je automaticky jejím klientem apod.). [11]

Podmínky pro privatizaci byly vytvořeny usnesením vlády ČR, č. 141 s názvem *K záměrům transformace a privatizace zdravotnictví v České republice v roce 1992* a *zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních*. [11]

#### **4.1.2 Reformy vedoucí k udržitelnosti systému**

Záhy po transformaci systému se začaly objevovat problémy související s rychle rostoucími výdaji, což vedlo k vytváření mnoha návrhů s cílem udržet finanční stabilitu. První dokument, *Návrh reformy systému všeobecného zdravotního pojištění*, předložil již v březnu roku 1994 tehdejší ministr zdravotnictví Luděk Rubáš. Následovaly mnohé další iniciativy, z nichž uvedme např. *Návrh reformy systému zdravotního pojištění* předložený

Sdružením zdravotních pojišťoven a Asociací zdravotních pojišťoven v prosinci roku 1996. Podobné dokumenty nejrůznějších autorů pak byly vydávány i po další léta, avšak zřejmě kvůli častému střídání vlád a tudíž i ministrů zdravotnictví, jakož i kvůli obavě ze ztráty volebních preferencí, nedošlo ke žádným významným zásahům. [11]

Teprve k 1. 1. 2008 vstoupila v platnost reformní opatření, souhrnně označovaná jako Reforma veřejných financí, a to *zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů*, kterým se mění *zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*. Zásadní změnou mající dopad na činnost zdravotnických zařízení včetně zařízení lékařské péče a zdravotních pojišťoven je zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. [19]

Roční limit pro poplatky a doplatky je stanoven na maximálně 5000 korun na osobu a rok. U dětí do 18-ti let věku a u seniorů nad 65 let věku činí maximální roční poplatky a doplatky 2 500 korun (snížení limitu na základě novelizace platné od 1. 4. 2009). Pojišťovna tento limit každé čtvrtletí kontroluje a případný přeplatek pojištěnci vrací. [19] [23]

Do ročního limitu se započítávají pouze některé poplatky, a to 30 Kč za každou návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, a 30 Kč za každý léčivý přípravek na receptu hrazený plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění (přičemž maximální množství jednoho druhu vydaného na jeden recept je 3 balení). [19]

Do limitu se nezapočítává 60 Kč hrazených za každý ošetrovací den při pobytu v nemocnici, odborném léčebném ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných či lázeňském zařízení a 90 Kč hrazených za poskytnutí pohotovostní služby v zařízeních lékařské služby první pomoci či ústavní péče. [19]

Poplatky nejsou placeny, jedná-li se o preventivní prohlídku, výdej léčivých přípravků, který není vázán na lékařský předpis nebo není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, pokud jde o návštěvu lékaře u dítěte do 18 let a jedná-li se o ústavní péči o narozené dítě,

a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení. (v současnosti rovněž vrací poplatky prostřednictvím darovací smlouvy některé kraje - *pozn. autorky*) [19] [23]

Obecně jsou od placení poplatků zproštěni pojištěnci umístění v dětském domově, v nařízené izolaci či karanténě, v ochranném léčení nařízeném soudem či příjemci pomoci v hmotné nouzi. [19]

Rovněž systém zdravotního a sociálního pojištění se představil v nové podobě, a to k 1. 1. 2009, kdy vstoupila v platnost novela *zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců*, *zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*. Změny se projeví v otázce vyměřovacího základu pro výpočet pojistného, ve způsobu vyplácení jakož i výši nemocenských dávek a ve změně sazeb pojistného. [19]

Od úpravy systému poskytování nemocenského se očekává snížení počtu případů jeho zneužití, neboť oproti minulým rokům se již nevyplatí zneužití krátkodobé pracovní neschopnosti a setrvávat v pracovní neschopnosti neoprávněně po delší dobu je komplikovanější a tudíž méně pravděpodobné. Zatímco ještě v roce 2008 dostal zaměstnanec za první 3 dny nemoci 25 % z upraveného denního vyměřovacího základu, nyní se první 3 dny pracovní neschopnosti nemocenská dávka nevyplácí vůbec. Opatření se však dotýká i těch osob, jejichž krátkodobá pracovní neschopnost byla oprávněná. Náhrada mzdy za 4. - 14. den pracovní neschopnosti je navíc vyplácena zaměstnavatelem, který je tak motivován k prověřování její oprávněnosti, přičemž zaměstnavatel je v tomto období dokonce jediný, kdo může kontrolu provést. Dlouhodobě nemocným pak reforma přináší naopak zvýšení dávek - při pracovní neschopnosti delší než 2 měsíce dochází k nárustu denní dávky z 69-ti % upraveného vyměřovacího základu na 72 % upraveného vyměřovacího základu. Podrobnější přehled o změnách poskytuje následující tabulka (pro rok 2010 platí krizové opatření spočívající ve vyplácení maximálně 60-ti % upraveného vyměřovacího základu - *pozn. autorky*). [19]

Tab. 18. Srovnání nemocenských dávek v předreformním období se současností

<i>2008</i>	<i>Upravený denní vyměřovací základ</i>
Nemocenská první 3 dny	25 %
Nemocenská 4 dny a více	69 %
<i>2009</i>	
Nemocenská první 3 dny	0 %
Nemocenská 4 až 30 dní	60 %
Nemocenská 31 až 60 dní	66 %
Nemocenská 61 dní a více	72 %

Zdroj: Finance.cz [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz>>

V systému zdravotního pojištění se pak uvedená novela projevila redukcí zbytných návštěv u lékaře, neboť při nekomplikovaných virózách je finančně výhodnější pobírání řádné dovolené - odpadne tedy návštěva lékaře, jejímž účelem je ve většině případů pouhé vystavení dokladu o pracovní neschopnosti a dále pak vystavení receptu na volně prodejné léky, jež často souvisí rovněž s částečnou úhradou léčiv ze zdravotního pojištění. Další výhodou pak může být, že nemocný nenakazí pacienty oslabené vážnějším onemocněním při jejich současném pobytu v čekárně lékaře (což by vedlo k dalšímu nárustu výdajů na péči u zmiňovaných chronických pacientů). Může však docházet také k jevu přesně opačnému, kdy bude dotyčný s banálním onemocněním nadále docházet do práce, což povede jednak k šíření choroby, a pak k případnému vzniku komplikací u něj samého - obojí si ve svém důsledku vyžádá výdaje na péči mnohem vyšší, než kdyby pojištěnec dostal ze státního rozpočtu dávku nemocenského dle dosavadního systému. To, v jakém poměru uvedené jevy nastanou a jakým způsobem to ovlivní výdaje zdravotnictví, jakož i vliv na předcházení zneužívání pracovní neschopnosti a s tím souvisejících zbytných návštěv lékaře, absolvovaných vyšetření i vydaných receptů, je však

velmi obtížné hodnotit a bude k tomu potřeba časového horizontu mnohem delšího než stávající jeden rok (rok 2009), neboť pro rok 2010 platí již zmiňovaná krizová opatření a navíc je možné očekávat, že v období krize budou zaměstnanci z ohrožených podniků preferovat pobírání dávek (i za těchto podmínek) před prací po zkrácený týden či dokonce propuštěním.

#### 4.1.3 Názor české veřejnosti na reformní opatření

Ze šetření Centra pro výzkum veřejného mínění, které probíhalo roku 2005 vyplynulo, že značná část české populace (44 %) je nespokojena se současným systémem zdravotnictví, přičemž největší problémy jsou shledávány v oblasti financování. Odpovědnost za současný stav je veřejností nejvíce přisuzována špatnému hospodaření pojišťoven. Naopak oblast lékařské péče i přístup personálu jsou hodnoceny kladně. Z výše uvedených šetření rovněž vyplynulo, že s dosavadními reformními opatřeními, jak ukazuje následující tabulka, souhlasí maximálně třetina obyvatel (nejpozitivněji je v tomto směru přijímáno zvyšování pojistného, omezování zdravotní péče je naopak většinou respondentů odmítáno). [22]

Tab. 19. Jak jsou českou veřejností přijímány reformní kroky (údaje uvedeny v %)

	<i>Rozhodně souhlasí</i>	<i>Spíše souhlasí</i>	<i>Spíše nesouhlasí</i>	<i>Rozhodně nesouhlasí</i>	<i>Nemá názor</i>
<i>Omezení zdravotní péče</i>	1,6	8,9	33,9	45,3	10,3
<i>Vyšší přímá spoluúčast</i>	3,2	20,1	38,1	31,8	6,8
<i>Zvýšení pojistného</i>	4,6	29,9	37,3	16,6	11,6
<i>Zvýšení plateb ze státního rozpočtu</i>	9,1	43,9	23	8,4	15,6

Zdroj: Přehled výzkumů veřejného mínění ke zdraví a zdravotnictví [online]. [cit. 2009-07-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz/cs/node/135>>

## 4.2 Možné změny

České zdravotnictví stojí před zásadním úkolem - reformou, která by zaručila udržitelnost systému v budoucnosti. Demografické změny a technologický pokrok staví před ten samý problém veškeré evropské země, avšak pouze u nás byl postoj vlád doposud velmi liknavý a bohužel tak nebyl využit potenciál ekonomického růstu minulých let, který by umožňoval relativně hladké zavedení změn při současném zachování sociálního smíru. Přesto zde byl vládou České republiky na základě usnesení ze dne 11. června 2007 č. 632 iniciován *Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Tento projekt usiluje o hledání řešení problémů českého zdravotnictví na základě dialogu napříč politickým spektrem, cílem projektu bylo identifikovat a zhodnotit stávající problémy i dlouhodobé výzvy a vytvořit koncepty jejich možného řešení. [22]

Možné změny v jednotlivých oblastech zdravotnictví lze rozdělit na opatření v oblasti financování systému jako takového, opatření usilující o efektivnější organizaci celého systému, nástroje regulace poptávky a nabídky a na opatření související s ostatními sektory ekonomiky (viz následující tabulka). Jednotlivé možnosti jsou rozebrány v následujících kapitolách. [16]

Tab. 20. Možné změny v jednotlivých oblastech zdravotnictví

<i>Oblast</i>	<i>Reformní opatření</i>
Financování systému	Zvyšování spoluúčasti, maximalizace veřejných zdrojů, posilování soukromých zdrojů
Organizace pojištění	Posilování konkurence pojišťoven a mobility pojištěnců či naopak jejich slučování, rozšiřování nabídky pojistných plánů, posilování dohledu
Regulace poptávky	Důraz na zdravý životní styl (omezování kouření, spotřeby alkoholu a nezdravé stravy), důraz na prevenci, regulační poplatky, posílení odpovědnosti jednotlivce
Regulace nabídky	Posilování konkurence mezi poskytovateli, změny úhradových mechanismů, restrukturalizace péče, E-health, protikorupční opatření
Navazující sektory	Sociální služby a dlouhodobá péče

Zdroj: Zdravotnictví za hranicemi [online]. [cit.2009-07-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz/cs/node/274>>

#### 4.2.1 Financování zdravotnického systému

V Evropě rozlišujeme dva základní modely financování veřejného zdravotnictví - povinné veřejné pojištění a financování daňové. V souvislosti se snahou o finanční udržitelnost dochází v oblasti financování k dílčím změnám, mezi něž zahrnujeme zejména zvyšování míry participace, maximalizaci výběru veřejných zdrojů a získávání soukromých zdrojů. [16]

Pod pojmem zvyšování míry participace rozumíme zapojování méně aktivních skupin obyvatel (dlouhodobě nezaměstnaní, postižení, ženy s malými dětmi, důchodci) do pracovního procesu, což přímo ovlivňuje objem veřejných příjmů. Konkrétně se jedná



například o posun věkové hranice pro odchod do důchodu, reformy systému rodičovské dovolené či finanční motivace zaměstnavatelů vytvářet pracovní místa pro hendikepované. Oddálení odchodu do důchodu má podle posledních studií vliv rovněž na udržení zdraví a snížení úmrtnosti (zejména na kardiovaskulární choroby). Prodloužení produktivního věku o 5 let vede k 10-ti % snížení mortality. [16]

Maximalizace výběru veřejných zdrojů lze dosáhnout zvýšením sazby pojistného, rozšířením základu pro jeho výpočet nebo zrušením výpočtového stropu. Avšak k těmto krokům musí vláda přistupovat obezřetně, neboť by se mohlo stát, že občané s nejvyššími příjmy se rozhodnou pro změnu svého daňového domicilu, což by v důsledku vedlo ke snížení příjmů systému. [16]

Zavádění spoluúčasti pacientů jednak přináší nové zdroje, a pak vede k regulaci spotřeby péče, což ve svém důsledku rovněž napomáhá k finanční stabilitě. Na tomto místě je však důležité zdůraznit, že spoluúčasti snižují spotřebu péče i u těch pacientů, kde to není adekvátní zdravotnímu stavu, a transakční i politické náklady těchto opatření jsou značné. Systém se může ubírat i směrem doplňkových zdravotních pojištění, avšak neexistují důkazy o tom, že by existence těchto produktů zásadním způsobem motivovala poskytovatele péče k větší efektivnosti. [16]

Finanční udržitelnost má obecně dvě složky - ekonomickou a fiskální udržitelnost. Výdaje na zdravotnictví jsou ekonomicky udržitelné až do bodu, kdy sociální náklady na zdravotní výdaje překročí hodnotu vytvořenou zdravotnickými službami. Zdravotnický systém může být ekonomicky udržitelný, ale zároveň fiskálně neudržitelný, pokud veřejné příjmy nestačí na pokrytí veřejných výdajů, ke kterým se stát zavázal. Existují tři hlavní přístupy k řešení problému fiskální udržitelnosti: zvýšení veřejných příjmů do výše, kdy zdravotní systém naplní své povinnosti; snížení těchto povinností do bodu, kdy mohou být hrazeny ze stávajících (nebo plánovaných) příjmů; zlepšení schopnosti systému zdravotnictví zhodnocovat prostředky a odstranění neefektivních opatření. [16]

#### **4.2.2 Organizace zdravotního pojištění**

Reformy v oblasti organizace zdravotního pojištění se orientují na posilování konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, vedoucí ke zvyšování efektivity nejen samotných pojišťoven, ale prostřednictvím selektivní kontraktace i poskytovatelů zdravotnické péče. [16]

Nástroji k dosažení konkurence jsou mimo jiné možnost pojišťovny realizovat zisk či usnadnění přechodů pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami. Samy pojišťovny pak mezi sebou mohou soupeřit prostřednictvím široké nabídky pojistných plánů a snižováním pojistného. Pojistné plány se liší mírou krytí zdravotnických služeb, realizací pojistky (věcné či finanční plnění), mírou finanční spoluúčasti a samozřejmě cenou. Základní balíček však musí být univerzálně přístupný všem. [16]

Při reorganizaci zdravotního pojištění je velmi důležité nastavení systému, neboť zavádění konkurence mezi pojišťovnami samo o sobě problematiku zdravotnictví neřeší - jak můžeme vidět ve Spojených státech amerických. Zde konkurenční prostředí v žádném případě nevede ke snižování pojistného, a to hned z několika příčin. Tou hlavní je dobrovolnost pojištění nutící nemocnice k tvorbě značných fondů na hrazení péče nepojištěných pacientů (nikomu totiž ošetření nemůže být odmítnuto). Tento problém je však při reformování evropských zdravotnických systémů řešen povinností každého občana uzavřít si zdravotní pojištění. Další příčinou značné nákladnosti jsou pak vysoké platy zdravotnického personálu (příjmy amerických lékařů jsou přibližně třikrát vyšší než příjmy lékařů evropských) a obrovské náklady na výzkum a vývoj (Evropa výsledky často pouze přejímá, aniž by za ně jakkoli platila). Americké zdravotnictví je tak nejdražší na světě (a to jak z pohledu procenta HDP investovaného do zdravotnictví, tak z pohledu finančních prostředků přepočtených na obyvatele), přičemž dochází k neustálému zdražování. Na druhou stranu se však jedná o nejrozvinutější zdravotnictví na světě. Úkolem evropských politiků je tak nalézt kompromis mezi náklady na zdravotnictví a jeho kvalitou. [27]

### **4.2.3 Regulace poptávky**

V posledních letech dochází k obrovskému nárustu spotřeby zdravotní péče v důsledku prodlužování života a dále faktu, že lidé přežívají nemoci, které byly dříve smrtelné. Regulací poptávky rozumíme snahu ovlivnit spotřebu zdravotní péče - prostřednictvím větší informovanosti, důvěry v lékaře a přístupu k vlastnímu zdraví. [16]

Opatření se orientují na zlepšování životního stylu (omezování kouření a pití alkoholu na straně jedné a propagace zdravé stravy na straně druhé) a na prevenci (zdravý občan stojí systém méně peněz a navíc prostřednictvím ekonomické aktivity přispívá do systému). [16]

Další oblastí jsou regulační poplatky, které by měly být nastaveny na takové úrovni, aby regulovaly spotřebu péče, avšak aby tato zůstala i nadále dostupná. Alternativou poplatků je zavádění spoluúčasti - ať již formou franšízy (částka, do níž je péče hrazena pacientem) či podílem na nákladech. [16]

### **4.2.4 Regulace nabídky**

Nabídka zdravotnické péče je značně nepružná - vzdělání je náročné a drahé, výkon praxe je vázán na udělení licence, výrobní faktory jsou obtížně substituovatelné a informace jsou asymetrické. Vstup nových subjektů na trh je proto velmi obtížný a opatření regulace nabídky se tudíž orientují na posilování konkurence mezi poskytovateli. Toho je dosahováno změnou úhradových mechanismů (rozpočtové financování versus platba za výkon), systému kompetencí zdravotnického personálu (posilování kompetencí sestry a lékárníka) a poskytované péče (rozvoj jednodenní péče). Dále je kladen důraz na zvyšování znalostí o účinnosti péče a nových technologiích. Cílem reforem je rovněž lepší dostupnost péče. [16]

Konkurence mezi poskytovateli je založena na cenové soutěži a soutěži v oblasti kvality (zatímco cenovou konkurenci lze považovat za transparentní, konkurence v oblasti kvality je obtížně uchopitelná). Výsledkem konkurenčního boje je zvyšování efektivity poskytování služeb a snižování nákladů celého systému. [16]

Ohniskem zájmu je rovněž regulace růstu nákladů na léčiva prostřednictvím regulace cen a marží distributora a lékárny. Opatření obsahují také možnost generické substituce lékárníkem. [16]

Nástrojem pro zlepšování prevence, diagnostiky a léčby je elektronické zdravotnictví (eHealth), jež zahrnuje interakci mezi pacienty a poskytovateli péče i mezi pacienty navzájem, jakož i předávání informací mezi zdravotnickými zařízeními a odborníky. Nabízí se tedy legislativní zakotvení povinnosti vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě (některé státy již zavedly elektronické předepisování léků či proplácení výdajů). [16]

#### **4.2.5 Navazující sektory**

Zajištění dlouhodobé péče je v současné době nedostatečně vzájemně provázané a nesystémové. V souvislosti se stárnutím populace je však potřeba dlouhodobé péče stále častější a stává se tak předvídatelnou pojistnou událostí. [16]

Obecným trendem je snaha o deinstitucionalizaci dlouhodobé péče, tedy o její přenesení do domácích podmínek - domácí péče je nesrovnatelně levnější a potřebnými osobami preferovanější. Diskutovat lze i o uplatňování institutu vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům. [16]

V České republice je v současnosti 80 % péče o seniory poskytováno rodinou, přičemž z 64-ti % zajišťují péči ženy (pouze 20 % z nich pak nemá stálé zaměstnání). Stát vydává na dlouhodobou péči pouhých 0,25 % HDP, což je jedno z nejnižších čísel v rámci států OECD. S ohledem na současný demografický vývoj však vyvstává otázka, zda-li bude v budoucnu dostatek osob v produktivním věku, které budou schopny tuto domácí péči

poskytovat. Možným řešením je tak definování standardů kvality a vyčlenění nového typu pojištění, pojištění dlouhodobé péče (tak jak je tomu například v Německu, Rakousku či Japonsku), přičemž jeho uzavření by bylo povinné. Z tohoto pojištění by se hradila domácí či institucionální péče a dávky pečujícím členům rodiny. [16]

#### **4.2.6 Vlastní návrh reformních opatření**

Obsahem kapitoly nesoucí název *Vlastní návrh reformních opatření* jsou mé návrhy na restrukturalizaci českého zdravotnictví. Navrhovaná opatření vycházejí z analýzy současného stavu systému, zohledňují potenciální hrozby a inspiroují se reformami, které již proběhly v některých evropských státech (jednotlivé státy byly vybrány na základě podobnosti s Českou republikou).

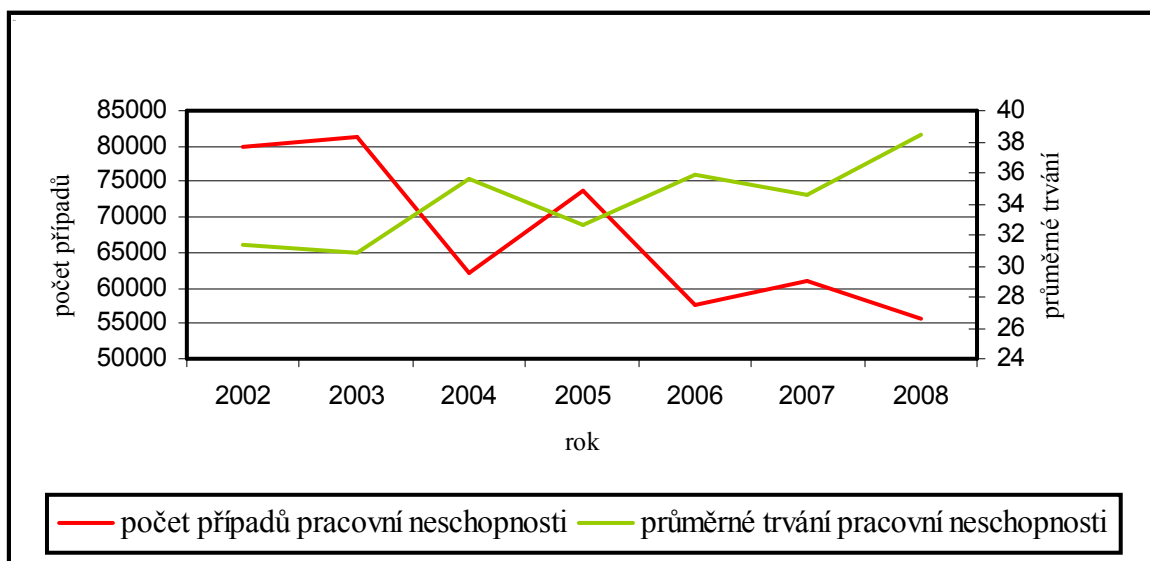
Mezi problémy českého zdravotnictví (jak bylo podrobně popsáno v kapitole 2.3) patří absence jasného vymezení státem garantované péče, nejasné role jednotlivých účastníků systému, nedostatek informací, nedostatečná orientace systému na potřeby občanů, nedostatečné sledování kvality péče, nevhodný výběr a alokace investic, nedostatečná integrace péče, nevhodná struktura lůžkového fondu, demografický vývoj a nedostatečná motivace prvků systému. Tato nedostatečná motivace je způsobena mimo jiné nejasně a příliš široce vymezenou solidaritou, přičemž některé subjekty (neplatiči) stavu využívají, a to jak při platbách pojistného, tak při čerpání péče. Jmenujme rovněž nevyhovující strukturu systému, která neodpovídá současnému stupni rozvoje medicíny a často vede k finančním ztrátám v důsledku duplicitní až multiplicitní péče. Problematickým je shledáváno i nerovnoprávné postavení pojišťoven (faktický monopol Všeobecné zdravotní pojišťovny) a nedostatečná úroveň managementu zejména velkých zdravotnických zařízení (kvalifikovaní pracovníci se těžko získávají pro neziskové instituce). [16]

Nejzásadnějším problémem českého zdravotnictví pak zůstává špatné hospodaření s disponibilními zdroji, a to na všech úrovních systému - od ministerstva zdravotnictví přes jednotlivé poskytovatele a pojišťovny až po samotného pojištěnce, pacienta. Důkazem

tvrzení je fakt, že celkové příjmy zdravotnictví permanentně rostou, a to jak veřejné tak i soukromé. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky tvořily celkové příjmy českého zdravotnictví v roce 2006 přibližně 225 miliard Kč, což představuje nárůst oproti roku 2005 o 4,2 %. Příjmy z veřejného pojištění narostly o 5,8 % a zdravotní pojišťovny se na financování podílely 80,1 %. V přepočtu na jednoho obyvatele bylo celkem (včetně soukromých zdrojů) na zdravotnictví vynaloženo 21 880 Kč. Systém se navíc vyznačuje strukturní nerovnováhou, kdy některé sektory vykazují přebytky a jiné ztráty. Přebytky ze ziskových oblastí jsou pak převáděny do oblastí ztrátových. Zde vidím první podnět ke změně. Při stávajícím postupu ztrácejí úspěšně hospodařící subjekty motivaci k efektivnosti a stávají se rovněž ztrátovými. Cílem reformních opatření by tedy mělo být zlepšení úrovně hospodaření a efektivnosti pomocí cílené motivace všech prvků systému, a to například možností tvorby přiměřeného zisku. [11] [30]

Již v úvodu této práce bylo zdůrazňováno, že systémy zdravotního a nemocenského pojištění jsou v současnosti v České republice odděleny, čímž se odlišujeme jak od západoevropských zemí, tak i od koncepce prvorepublikové. Tato separace způsobila, že se oba druhy pojištění vyvíjely samostatně a v současnosti se zásadně liší svou vnitřní organizací (zatímco nemocenské zůstalo dávkou nárokovou, zdravotní pojištění by mělo hrát aktivní roli v alokaci zdrojů). Oddělení obou systémů rovněž vedlo k nárůstu výdajů pojištění nemocenského, jak dokazují údaje z let 1990 - 1996, kdy průměrné procento pracovní neschopnosti narostlo z 4,8 % na 6,0 %. Náklady obou systémů spolu tedy nadále velmi úzce souvisí, přičemž výdaje zdravotního pojištění jsou přibližně šestkrát větší a budou nadále růst v souvislosti s novými technologiemi. Zde vidím východisko ve spojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění pod správu zdravotních pojišťoven dle nizozemského modelu, čímž by se zároveň řešil i často diskutovaný problém zneužívání nemocenského. Nový zákon o nemocenském pojištění, podle kterého je vyplácena nemocenská až od 3. dne pracovní neschopnosti, přičemž náhradu mzdy za 4. - 14. den poskytuje zaměstnavatel, který je tak motivován k ověřování oprávněnosti pracovní neschopnosti, shledávám jako obtížně hodnotitelný. Počet případů pracovní neschopnosti se sice dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky snížil, avšak nelze rozlišit, kdy se jedná o odstranění zneužití a kdy o řešení

krátkodobých onemocnění dovolenou či náhradním volnem (průměrná doba pracovní neschopnosti se navíc prodloužila - viz obr. 2). Výše zmiňované spojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění pod správu zdravotních pojišťoven by pojišťovny motivovalo zabraňovat ztrátám na pojistném, na hrazené péči a vyplácené nemocenské. Zároveň by bylo pro pojišťovny finančně výhodné rozvíjet systém prevence (v současnosti k tomu dostatečně motivovány nejsou). [11] [30]



Obr. 2. Vývoj počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců a průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v letech 2002 – 2008

Zdroj: ÚZIS ČR [online]. [cit. 2010-4-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>

Vedle propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění navrhuji, rovněž podle holandského vzoru, ještě jednu zásadní změnu, a to zavedení individuálních účtů občanů (spořicíh účtů pacientů) a jejich využití k platbám zdravotní péče (první úvahy o jejich možném zavedení zazněly již počátkem roku 1996). Základním předpokladem zavedení reformy by pak bylo garantování univerzálního přístupu k základní zdravotní péči pro všechny občany, kontraktační povinnost pro pojišťovny, jasné definování vlastnických práv a privatizace na straně poskytovatelů péče. Zdravotní pojišťovny by poté uspokojovaly rozdílná očekávání svých klientů možností výběru z různých produktů, přičemž státem garantovaná péče by musela být základem každého z nich. Vedle ceny by se produkty lišily stupněm volnosti pohybu pacienta v systému, výší sdílení finančního rizika mezi pacientem a pojišťovnou a různým rozsahem služeb nad rámec státem garantované péče. Nabídkou

těchto rozdílných pojistných produktů vytvořených podle potřeb a možností jednotlivce by se posílila jeho možnost volby a tudíž i osobní odpovědnost. Pojišťovny by pak zajišťovaly nejlepší zdravotní péči v souladu s uzavřenými pojistnými smlouvami pomocí selektivní kontraktace, tedy hospodárným způsobem. Vytvořilo by se tak vysoce konkurenční prostředí jak mezi pojišťovnami tak mezi poskytovateli péče, vedoucí k tlaku na hospodárnost a růst kvality. Rozdělením pojistného na solidární a individuální část by se rovněž odstranil problém obecně nízkého pojistného u osob samostatně výdělečně činných (v současnosti se výše pojistného u OSVČ odvíjí od korektnosti jejich daňového přiznání) - v případě zájmu o dostatečnou pojistnou ochranu by museli platit tomu odpovídající pojistné. [11]

Výhodou současného systému výběru pojistného na zdravotní pojištění je jeho jednoduchost vedoucí k nízkým administrativním nákladům, přičemž lze očekávat, že po zavedení reformy tyto náklady do jisté míry narostou (avšak pozitivní efekt by měl jednoznačně převážet). Způsobem stanovení i výběrem se současné pojistné podobá spíše dani a ze zdravotních pojišťoven tak činí především distributory finančních prostředků. Navrhují proto modifikaci stávající metody výběru pojistného spočívající v jeho rozdělení na část solidární a na část individuální, jak je tomu v Nizozemí. Solidární část pojistného by byla přerozdělena podle statistického zdravotního rizika (věk, pohlaví), individuální část pojistného by byla deponována na osobním účtu a odvozovala by se od příjmu zaměstnance. Za peníze z osobního účtu by si pak pojištěnec kupoval pojistný produkt dle svých preferencí (přebytek na účtu zůstává, schodek se doplácí). Tento systém by byl vysoce motivující a nutil by pojištěnce k osobní odpovědnosti a aktivitě. Záměrně nenavrhují plnou individualizaci pojistného, neboť si uvědomují riziko provádění zaujatého výběru pojišťovnami, který by nejvíce poškozoval pojištěnce s vysokými zdravotními riziky a nízkými příjmy. V současnosti poléhá přerozdělení 100 % vybraného pojistného a 100 % státních příspěvků, přičemž kritériem přerozdělování je počet všech pojištěnců. Zohledňovanými faktory jsou věk a pohlaví (definováno 36 nákladových indexů), dále existuje fond sdílení rizika pro nákladné pojištěnce. [31]



V neposlední řadě se zamýšlím rovněž nad výše uvedeným státním příspěvkem na pojistné. Tento příspěvek vkládá do pojistného fondu za osoby bez vlastního výděлку, tzv. státní pojištěnce (např. děti, důchodci či nezaměstnaní) stát. Platba se neustále zvyšuje (roku 1993 činila přibližně 230 Kč, nyní se jedná přibližně o trojnásobek dané částky), čímž neúměrně zatěžuje státní rozpočet. Současně dochází ke zvyšování počtu státních pojištěnců, a to zejména kvůli rostoucímu počtu důchodců. Vzhledem k neobvyklosti podobného příspěvku v ostatních zemích navrhuji inspirovat se například v blízkém Německu. Zde jsou členové rodiny (dětí, manželky v domácnosti) kryti pojištěním živitele a důchodci si pojistné hradí ze svého důchodu. Výše pojistného u členů rodiny by byla stanovována jako poměrná část příjmu živitele, v případě důchodců pak jako poměrná část důchodu. Zároveň by byla stanovena minimální výše důchodů. Případná valorizace pojistného by pak byla provázena současnou valorizací důchodů. V případě, že by státní příspěvek zůstal zachován, navrhuji odvozovat jeho výši od průměrné mzdy. [11]

Zajištění finanční udržitelnosti by na straně poskytovatelů péče měla zajistit výše představovaná opatření, spočívající v motivování pojišťoven a pomocí selektivní kontraktace následně i zdravotnických zařízení, k efektivitě. Na straně příjemců péče lze příjmy českého zdravotnictví zvyšovat dvěma cestami. Tou první je zvyšování veřejných příjmů pomocí zvýšení sazby pojistného či daní, druhou možností je pak nárůst soukromých zdrojů formou spoluúčasti či přímých plateb, přičemž důraz může být kladen rovněž na posilování role soukromého zdravotního pojištění a připojištění. Zohledňujeme-li, že výše spoluúčasti občanů České republiky na nákladech zdravotní péče je ve srovnání s ostatními zeměmi OECD velmi nízká (viz tab. 16), bylo by zcela přirozené, kdyby její úroveň narostla. Při zavádění finanční spoluúčasti rozlišujeme dva možné přístupy, a to spoluúčast plošnou a elektivní. Při plošné spoluúčasti neexistuje bezplatná varianta definovaných služeb (do této skupiny můžeme zahrnout třeba hospitalizační taxu či poplatek za recept), přičemž některé skupiny obyvatel mohou být od této spoluúčasti osvobozeny. Při elektivní spoluúčasti se jedná o úhradu služeb, k nimž existuje bezplatná alternativa (léková politika). Spoluúčast přitom může být úplná nebo částečná. Tuto problematiku navrhuji řešit rovněž již jmenovaným rozdělením pojistného na solidární a individuální část. Současnou sazbu pojistného na veřejné pojištění pokládám při současné

neexistenci individuálních účtů za maximální únosnou mez a předpokládám, že její další zvyšování by bylo veřejností odmítáno a mohlo by vést k demotivování občanů k větší ekonomické aktivitě. Zvyšovat podíl soukromých výdajů je tedy žádoucí, avšak pouze při současném reformování stávajícího stavu. [16]

Jedním z dílčích problémů českého zdravotnictví jsou pak relativně vysoké výdaje na léky (viz tab. 13), kdy je v současnosti celých 98 % kontaktů mezi lékařem a pacientem spojeno s preskripcí léčivého přípravku a samotný počet kontaktů s lékařem je přitom druhý nejvyšší v rámci Evropy (více kontaktů občana s lékařem zaznamenává pouze Maďarsko). Dalším dílčím problémem je nevyhovující struktura nemocničního lůžkového fondu, spočívající v nadbytku lůžek akutních (viz tab. 13) při současném nedostatku lůžek ošetrovatelských, přičemž tento problém se bude nadále prohlubovat v souvislosti se stárnutím populace a zkracováním doby hospitalizace v důsledku medicínského pokroku. Počet akutních lůžek přepočtených na obyvatele je zároveň jedním z nejvyšších v rámci zemí EU. Předpokládám, že uvedené dílčí problémy by byly samovolně vyřešeny v rámci komplexní reformy spočívající v tlaku na efektivnost. [11]

Role státu by pak v mém pojetí spočívala ve vytváření legislativního rámce, udělování licencí zdravotním pojišťovnám, kontrole subjektů a případném zřizování institucí, které by nevznikly tržně. Stát by rovněž stanovoval poměr mezi solidární a individuální částí pojistného a zajišťoval přerozdělení solidární části podle statistického rizika. V souvislosti s výše navrhovanými opatřeními shledávám vhodným rovněž vytvoření státem spravovaného fondu nepojistitelné péče po vzoru Německa, který by byl tvořen procentem ze solidární části pojistného a příspěvkem státu. V neposlední řadě by úkolem státu bylo definování garantované péče, což se vzhledem k bouřlivému vývoji nových technologií jeví jako poněkud obtížné. Nejschůdnější by bylo vymezit garantovanou péči negativním způsobem, tedy definovat, co do ní nepatří. Do garantované péče by rozhodně neměla patřit péče komfortní, péče specializovaná na úrovni nových metod a centralizovaných výkonů, nevědecká péče jako např. kosmetické výkony a do nadstandardní péče by rovněž mohla být zařazena vybraná preventivní opatření (např. nadstandardní očkování). [16]

Veškerá zde uvedená opatření by měla spojovat posilování role, informovanosti a práv pacientů, občanů a jejich rodin, podněcování konkurence mezi poskytovateli a správci veřejných prostředků, nahrazování veřejných financí soukromými zdroji a omezování nárůstu rozpočtů poskytovatelů zdravotní péče. Současně se mění pohled na pacienta, který začíná být vnímán spíše jako zákazník, a na samotnou ekonomiku zdravotnických zařízení, která by měla fungovat jako jakákoli jiná firma, tedy efektivně hospodařit a mít možnost tvořit přiměřený zisk. Naopak je třeba vyvarovat se prohlubování administrativy a kontrol, což je jednak nákladné, a pak i neúčinné až kontraproduktivní, neboť systém se tato opatření brzy naučí obcházet. Výzvou poté zůstává kontinuální transformace spočívající v postupném posunu od úzkého zaměření reforem jen na zdravotní služby k celistvému vnímání péče o zdraví a podněcování spolupráce všech sektorů a resortů včetně vytváření podmínek pro péči neformální. [11] [30]

## **Závěr**

V rámci této práce byla popsána struktura českého systému zdravotnictví, tedy veřejné a soukromé pojištění. Veřejné zdravotnictví České republiky vychází z modelu povinného zdravotního pojištění, přičemž obsahem této práce bylo i představení všech základních alternativ veřejných zdravotnických systémů včetně zdůraznění jejich obecných pozitiv a negativ. České zákonné pojištění je pak v práci vymezeno pouze v nutném rozsahu, odkazuje se na platnou legislativu. Mým záměrem bylo podrobné prostudování současných možností na trhu soukromého pojištění. Práce v krátkosti popisuje vývoj komerčního zdravotního pojištění, aby následně popsala produkty dostupné na českém trhu, a to nejen obecně, ale i na konkrétních příkladech.

Napříč celou prací se čtenář setkává se záměrným propojováním zdravotního pojištění s pojištěním nemocenským, odůvodňovaným jednak spojením jmenovaných systémů ve většině zemí a poté zaměňováním těchto pojmů u komerčních pojišťoven. Současné možnosti na poli soukromého zdravotního pojištění jsou pak spíše produkty sloužícími jako připojištění k veřejnému nemocenskému pojištění. Vzniku čistokrevných zdravotních pojištění mimo zákonný systém brání současný legislativní stav, kdy není právně možné vyvázat se ze státního systému a pojistit se pouze komerčně. Pojišťovny tak nemají prostor pro vytváření produktů zdravotního pojištění. Rovněž o smyslu dnes dostupných pojištění, konstruovaných ve většině jako produkty denní dávky, je možné polemizovat. Uvedená pojištění shledávám jako výhodná (s přihlédnutím k ceně, čekacím dobám a výlukám) pouze pro podnikatele a osoby s vysokými příjmy. Obdobná otázka se nabízí i u pojištění závažných onemocnění, neboť toto kryje vždy pouze vybraná rizika, která se navíc realizují pouze s malou pravděpodobností. Jako příklad uveďme Alzheimerovu chorobu - pojistné plnění lze vybrat pouze tehdy, onemocní-li klient do 65-ti let věku, avšak výskyt této choroby u jedinců do 60-ti let je vzácný; naopak mezi staršími 85-ti let je postižen každý pátý jedinec.

Nedílnou součástí prezentace českého zdravotnictví je i vytyčení zásadních problémů, s nimiž se systém potýká, tedy problémů spojených s nízkou úrovní zdraví a jeho ochrany, problémů připisovaných nevhodné struktuře a organizaci zdravotní péče, principu solidarity a nakonec faktu, že zdravotnictví patří mezi čisté veřejné statky. Na základě predikcí věkové struktury pro rok 2050 je pak představena hrozba finanční neudržitelnosti plynoucí z nepříznivého demografického vývoje.

Z analýzy reforem, které již byly zavedeny v obdobných systémech napříč Evropou a jsou obsahem třetí kapitoly, vychází klíčová část práce, kapitola čtvrtá, jež představuje reformní možnosti uplatnitelné i v České republice. Na základě těchto obecných doporučení navrhuji konkrétní reformní kroky, které by dle mého názoru měly být do systému implementovány, tedy spojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění pod správu zdravotních pojišťoven, zavedení individuálních účtů občanů, rozdělení pojistného na solidární a individuální část a zvyšování podílu soukromých výdajů. Role státu by pak spočívala ve vytváření legislativního rámce.

Při zvyšování podílu soukromých výdajů však musí být postupováno velmi obezřetně, neboť bylo prokázáno, že spoluúčasti pacientů sice snižují spotřebu péče, aniž by se změnil zdravotní stav většiny populace, avšak v případě chudých a nemocných ke zhoršování zdravotního stavu prokazatelně dochází (například úmrtí na hypertenzi se zvyšuje o 10 %). S rostoucími poplatky pak nejvíce klesá spotřeba péče preventivní, nemocniční péče je poplatky téměř nedotčena. Zohledníme-li zároveň, že posoudit budoucí výdaje na zdravotnictví je složité, neboť jednoduché propočty založené na vynásobení dnešních nákladů na jednotlivé věkové skupiny očekávaným počtem osob v těchto věkových kategoriích jsou pouze schematické a nepostihují komplexitu problému, přikláním se k pozvolnému zvyšování spoluúčasti na hrazení péče.

Shrneme-li veškeré informace obsažené v této práci, je nasnadě, že řešení problému je nevyhnutelné, a čím déle se budou reformy odkládat, tím náročnější a nákladnější bude jejich zavedení.

## Literatura

### Citace:

- [1] *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR*. 1. vyd. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. ISBN-978-80-85047-36-3.
- [2] ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., *Listina základních práv a svobod*

### Bibliografie:

- [3] BUSSE, R. et al. *Health care systems in eight countries: trend and challenges*. 1st ed. London: European Observatory on Health Care Systems, 2002. ISBN 0 7530 1548 X.
- [4] BUSSE, R. 'Germany' *Health care systems in Transition*. 1st ed. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000. Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/document/e68952.pdf>>
- [5] DRBAL, C. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. ISBN 80-86729-39-7.
- [6] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- [7] GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0176-2.
- [8] JACKSON, P. M., BROWN, C. V. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003. ISBN 80-86432-09-2.
- [9] MALÝ, R. *Připojištění závažných onemocnění na českém pojistném trhu*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2004. DP-PO-KPO-200425.

- [10] OKMA, K. G. H. *Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands*. 1st ed. Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001. Dostupné z WWW: <[http://english.minvws.nl/en/folders/staf/health\\_care\\_health\\_policies\\_and\\_health\\_reforms\\_in\\_the\\_netherlands.asp](http://english.minvws.nl/en/folders/staf/health_care_health_policies_and_health_reforms_in_the_netherlands.asp)>
- [11] VEPŘEK, J., VEPŘEK, P. a JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. ISBN 80-247-0347-5.
- [12] VOSTATEK, J. *Sociální a soukromé pojištění*. 1. vyd. Praha: CODEX Bohemia, 2000. ISBN 80-85943-94-8.
- [13] ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-429-1.
- [14] *České zdravotnictví v roce 2050*. 1. vyd. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. ISBN 978-80-85047-38-7.
- [15] *Zdravotnictví České republiky 2006 ve statistických údajích*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2007. ISBN 978-80-7280-684-3.
- [16] *Zdravotnictví za hranicemi*. 1. vyd. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. ISBN-978-80-254-3776-6.
- [17] AMCICO AIG Life [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.amcico.cz>>
- [18] ČP Zdraví a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravi.cz>>
- [19] Finance.cz [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz>>

- [20] Generali a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.general.cz>>
- [21] ING a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.ing.cz>>
- [22] Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR [online]. [cit. 2009-07-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz>>
- [23] Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.mzcr.cz>>
- [24] Ministry of Social Welfare [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.im.dk>>
- [25] Organisation for economic co-operation and development [online]. [cit. 2010-04-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org>>
- [26] Österreichische Sozialversicherung [online]. [cit. 2009-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.sozialversicherung.at>>
- [27] Peníze.cz [online]. [cit. 2010-04-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.penize.cz>>
- [28] Podnikatel.cz [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.podnikatel.cz>>
- [29] UNIQA a.s. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.uniqua.cz>>
- [30] Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. [cit. 2009-08-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz>>
- [31] Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.vzp.cz>>